AFFID vitale

Logiciel de télétransmission des feuilles de soins agréé v 1.40 CCAM

Guide utilisateur

AFFID Systèmes

2012

Guide utilisateur AFFID Vitale

AFFID Systèmes

Le logiciel AFFID Vitale, sa documentation, ses écrans et ses états sont déposés.
La copie ou la reproduction, complète ou partielle, par quelque moyen que ce soit, des programmes et/ou de la documentation, des écrans ou des états constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 Mars 1957 (articles 425 et suivants du Code Pénal) et par le code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992.

Tous droits réservés pour tous pays.

Les caractéristiques du produit sont susceptibles de modifications sans préavis afin de répondre à de nouvelles normes ou dans le but d'une amélioration fonctionnelle de celui-ci.
Ce document ne présente pas un caractère contractuel.
Toutes les marques figurant dans ce document sont la propriété de leurs auteurs ou ayant droits.

Impression : février 2012

AFFID Systèmes

10 Avenue Camberwell
92330 SCEAUX

Téléphone :
01.46.60.87.40

Fax :
01.46.60.12.80

Email :
affid@wanadoo.fr

Site :
www.affid.com

Table des matières

1 Mise en place du logiciel 6

Installation du Cédérom 6

Initialisation du logiciel 9

Paramétrage du lecteur de carte 10

Paramétrage de la connexion Internet 11

Paramétrage des prestations 13

Prise en main rapide 16

2 Accès aux fonctions 18

A partir des icônes de module 19

A partir de la barre de menus 19

3 Paramétrages 20

Préférences 21

Identification praticien 22

Période d'activité 23

Remplacement du praticien 24

Personnalisation des Feuilles de soins 25

Personnalisation des prestations 26

Paramétrage des prestations de la nomenclature générale (NGAP) 26

Paramétrage des codes actes CCAM 30

Paramétrage des codes actes en série 41

Personnalisation d'un code CCAM ou NGAP 43

Suppression d'une prestation personnalisée 45

Les annexes 46

Personnalisation des prescripteurs 52

Personnalisation des médecins traitants 53

Personnalisation des tiers payants 54

Emetteurs de confiance 56

Planification des scéances 57

Configuration du lecteur de cartes 61

Configuration du réseau SESAM-Vitale 62

4 Feuilles de soins 65

Les feuilles de soins électroniques 65

Description de la feuille de soins 68

Elaboration d'une feuille de soins 70

Saisie de prestations d'actes CCAM dans la feuille de soins 76

Règles de gestion spécifique 80

Les accidents du travail 80

Maternité 83

Les ALD (Affection Longue Durée) 83

les CMU 84

les AME (Aide Médicale d'Etat) 86

Les ententes préalables 88

Les tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire) ... 90
Majoration de coordination ... **98**
Dépassements autorisés et maîtrisés ... **99**
Feuilles de soins issues des séances ... **101**
Principes du mode dégradé ou IRIS ... **104**
Fonctions supplémentaires ... **106**
Impression des documents ... **106**
Gestion des patients ... **108**
Les feuilles de soins en visite - Lecteur vitale portable ... **111**

5 Transmissions ... **113**
Transmission des feuilles de soins ... **113**
Vérification des transmissions ... **115**
Impression des documents ... **116**
Graphes ... **117**
Epuration des transmissions ... **119**

6 Outils ... **120**
Sauvegarde ... **120**
Restauration ... **121**
Points de sauvegardes AFFID ... **123**
Maintenance ... **123**

7 Annexes ... **125**
AFFID Vitale et plusieurs licences ... **125**
AFFID en réseau ... **125**
installation sur le serveur ... 126
installation sur le poste client ... 127
AFFID Vitale et AFFID Standard ... **129**

Index **131**

Introduction

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier d'avoir choisi AFFID Vitale !

Ce manuel constitue un mode d'emploi et de références de toutes les fonctionnalités offertes dans ce produit, son objectif est d'indiquer les principes rapides et succincts d'utilisation du logiciel.

L'assistant AFFID Vitale est destiné aux Professionnels de Santé (PS), qui souhaitent télé-transmettre électroniquement leurs feuilles de soins vers les organismes d'assurance maladie via le Réseau SESAM-Vitale. Il vous aide à établir rapidement une feuille de soins avec ou sans application du Tiers payant selon la réglementation et la tarification en vigueur.

Gain de temps et efficacité à remplir rapidement la feuille de soins, à chercher et à vérifier les différents taux conventionnels applicables en mode tiers payants, à saisir le nom et coordonnées du nouveau patient, à recopier en fin de journée les consultations dans un logiciel comptable *(Affid Standard)*, à pointer les virements reçus des tiers payants.

Conviviale dans sa présentation, paramétrable, c'est vous qui intégrez les paramètres que vous souhaitez enregistrer pour le suivi des feuilles de soins. Evolutif, afin de suivre les nouvelles réglementations de la Sécurité Sociale. Adaptable, afin d'assurer la migration des recettes journalières vers un logiciel de comptabilité.

La Feuille de Soins Electroniques (FSE)
Mode d'emploi...

- **L**a consultation du patient se termine et il vous présente sa carte Vitale
- **V**ous l'insérez dans le lecteur, dans lequel vous aurez préalablement mis votre carte de praticien
- **V**ous indiquez dans votre feuille de soins électronique les informations que vous reportiez d' habitude sur une feuille de soins papier
- **L**ors de la sécurisation de la feuille de soins par AFFID Vitale, vous pouvez lui éditer une facturette c'est à dire un papier mentionnant l'identification de l'émetteur, de l'organisme, du bénéficiaire et des prestations
- **V**ous transmettez ensuite en fin de journée par informatique grâce à la ligne téléphonique, via le Réseau SESAM-Vitale, les feuilles de soins à la Caisse d'Assurance Maladie automatiquement par l'intermédiaire du logiciel AFFID Vitale, la télétransmission dure une à deux minutes, au tarif d'une communication locale
- **L**a caisse reçoit et traite les feuilles de soins électroniques. Elle vous renvoie un Accusé de Réception Logique (ARL) garantissant la bonne réception du lot. Cet ARL officialise la prise en charge du flux par l'organisme.

En mettant en place un contrat d'assistance, vous avez droit à une assistance téléphonique. Pendant cette période vous recevrez aussi les mises à niveau du logiciel, qui tiendront compte des dernières réglementations.

AFFID Vitale est utilisable sur Ordinateur compatible PC ou Macintosh équipé des nouveaux prosseceurs Mac Intel. Les caractéristiques nécessaires sont : Système d'exploitation Windows NT/XP/VISTA, SEVEN, la mémoire RAM de 1 Go, l'installation des fichiers du logiciel sur le disque dur nécessite un espace minimum disponible de 300 Mo.

Enfin, nous sommes toujours disponibles pour vous aider à installer et à prendre en main notre produit. N'hésitez pas à nous contacter !

1 Mise en place du logiciel

1.1 Installation du Cédérom

Avant de commencer

Avant d'installer AFFID Vitale, vérifiez :

- que votre liaison Internet fonctionne correctement.
- que le lecteur de cartes est raccordé à la liaison série ou USB de l'ordinateur.
- que vous possédez votre carte CPS ainsi que son code d'accès.

Exécution du programme d'installation

Attention : Si vous êtes sous Windows VISTA, avant de lancer l'installation du logiciel vous devez désactiver le contrôle des comptes utilisateurs. Aller dans le **panneau de configuration / Comptes utilisateurs** et décocher la case : "Utiliser le contrôle des comptes d'utilisateurs pour vous aider à protéger votre ordinateur". Puis redémarrer l'ordinateur.
Si vous êtes sous Windows SEVEN, aller dans le **panneau de configuration / Comptes utilisateurs** et passer le curseur au minimum.

Pour effectuer l'installation du logiciel :

- Fermez tous les programmes
- Insérez le cédérom dans votre lecteur de CD-ROM.
  Attendre l'apparition automatique de l'écran d'installation…

Si l'écran n'apparaît pas après quelques minutes :

- Allez dans le **Poste de travail** de Windows
- Double-cliquez sur le lecteur de CD-ROM
- Double-cliquez sur AFFID_CD.EXE

- Sélectionner dans la zone **Dossier d'installation**, la lettre du disque dur de votre choix *(si différent du disque principal **C:**\)*
- Le nom du dossier d'installation est imposé (AFFID-W1) et ne doit en aucun être modifié pour des raisons de maintenance du logiciel et d'interface du logiciel **AFFID Vitale** avec d'autres applications.
- En fonction du type d'installation (définitive, démonstration, réseau) sélectionner les options correspondantes
- Cliquer sur le bouton

(Si un message s'affiche, cliquez sur Oui pour commencer l'installation)

Le programme d'installation copie tous les fichiers du logiciel vers le disque dur de votre ordinateur dans le dossier **AFFID-W1.**

Pour installer AFFID Vitale en réseau, vous devez d'abord l'installer sur le poste serveur dédié puis sur les autres postes clients. Lors de l'installation sur les postes clients, vous devez cocher dans l'écran d'installation, l'option « J'installe sur un poste client relié au serveur » (voir chapitre : AFFID en réseau) 125

A la fin de l'installation, il ajoute automatiquement un raccourci sur votre bureau

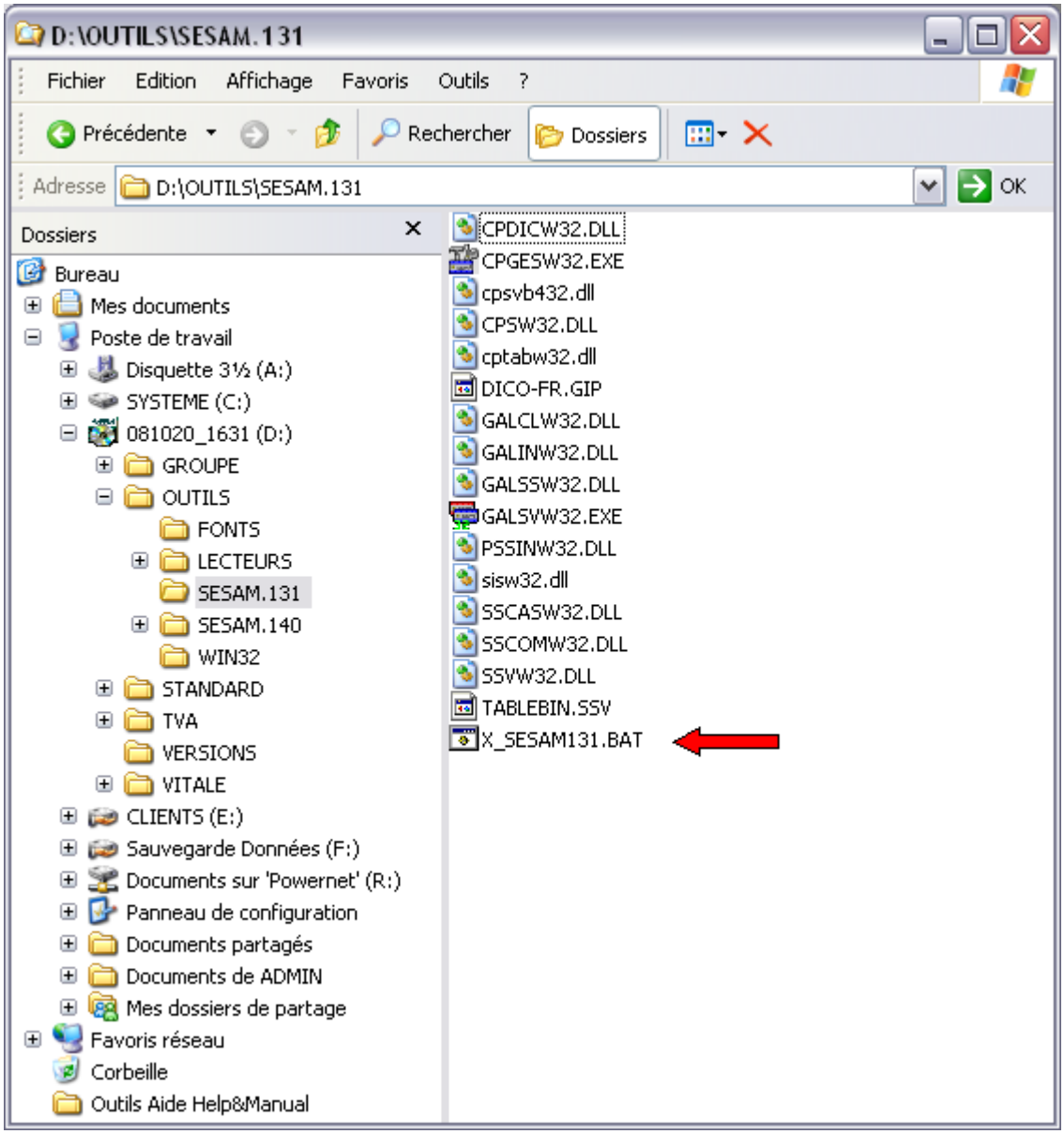
et dans le menu **Démarrer / Programmes / Affid Systèmes / Affid Vitale.**

La licence est accordée, à titre personnel, à chaque acquéreur du logiciel **AFFID Vitale.**
Lors de l'achat, un numéro de série correspondant à la version (millésime) et au logiciel choisi (Vitale, Vitale/TLA) vous est fourni, permettant le plein usage du logiciel. L'accès à la garantie, à l'assistance téléphonique et aux mises à jour s'acquièrent par la souscription d'un contrat de maintenance annuel renouvelable.

Procédures complémentaires liées à l'utilisation d'un logiciel dossier patient non mis à jour en version 1.40

Si vous souhaitez pouvoir continuer à ouvrir automatiquement la fiche patient en lisant sa carte Vitale, il est nécessaire d'exécuter un programme complémentaire. Ce programme se trouve sur le CD-ROM AFFID dans le dossier OUTILS / SYSTEM .131 et se nomme XSESAM131.BAT.

- Pour exécuter ce programme double cliquez sur XSESAM131.BAT



En cas de doute sur la version de votre logiciel de dossier patient N'hésitez pas à nous contacter.

1.2 Initialisation du logiciel

AFFID Vitale est conviviale et facile à utiliser, son interface utilisateur est d'une sécurité et simplicité dans l'environnement de Microsoft™ Windows®

Démarrage du logiciel

Pour démarrer AFFID Vitale :

- Insérez d'abord votre carte de professionnel de santé dans le lecteur de cartes
- Allez dans le menu **Démarrer, Programmes, AFFID Systèmes** et cliquez sur **Affid Vitale,** ou sur l'icône

du bureau

Contrôle d'accès

- Le mot de passe initial après l'installation du logiciel est **« MASTER »** en majuscule.

- La validation fait apparaître une fenêtre de saisie :

- Saisir le **Nom, Prénom** et le **Numéro de Série** d'exploitation du logiciel.
  Tous ces éléments doivent être saisis de façon rigoureusement identique à ceux indiqués sur le document d'attribution de licence.
- Cliquer sur le bouton **Valider** pour confirmer l'identification

AFFID vous affiche pour terminer un écran de bienvenue. Cliquez sur le bouton **Continuer** pour une prise en main rapide du progiciel de Santé.

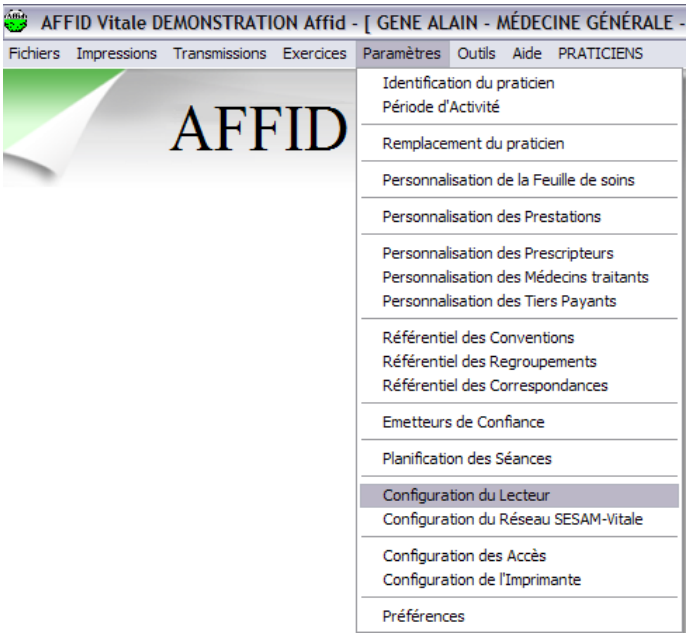
Pour saisir la licence d'exploitation d'un autre praticien (Voir chapitre : AFFID Vitale et plusieurs licences 125).

1.3 Paramétrage du lecteur de carte

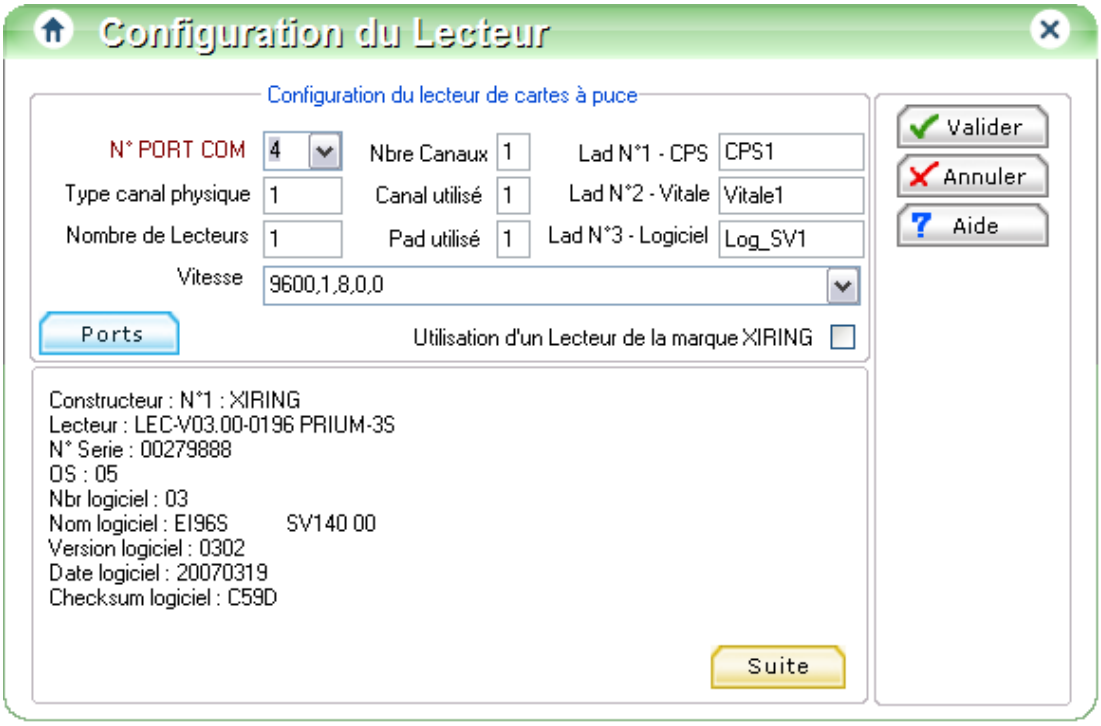
Connectez votre lecteur de Cartes

Pour vérifier le branchement du lecteur de cartes à puces :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**



- Cliquez sur **Configuration du lecteur**

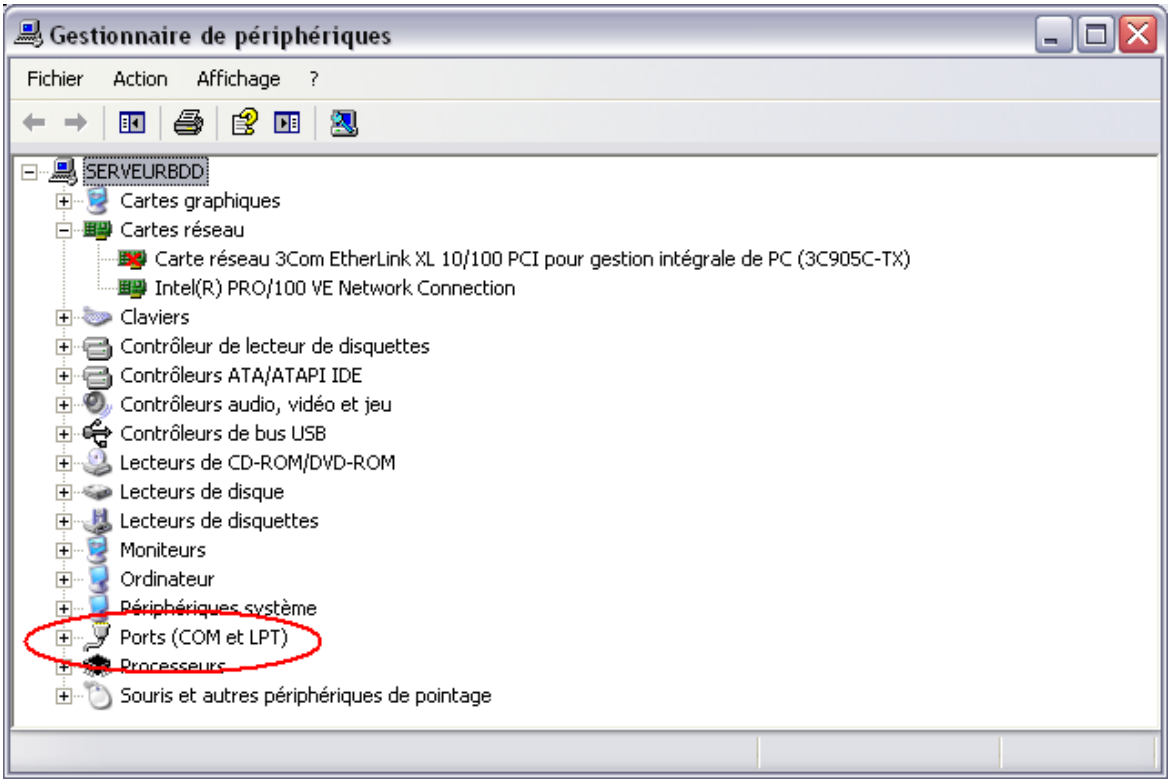


Par défaut votre lecteur est configuré pour le port de communication **COM1**.

Si le lecteur est branché sur **COM2**, saisissez le chiffre **2** dans la zone **N° PORT COM.**

Si le lecteur est branché sur un port **USB** :

- cliquer sur le bouton :



- cliquer sur : [+] **Ports (COM, LPT),** notez le numéro du port COM de la connexion du pilote USB.

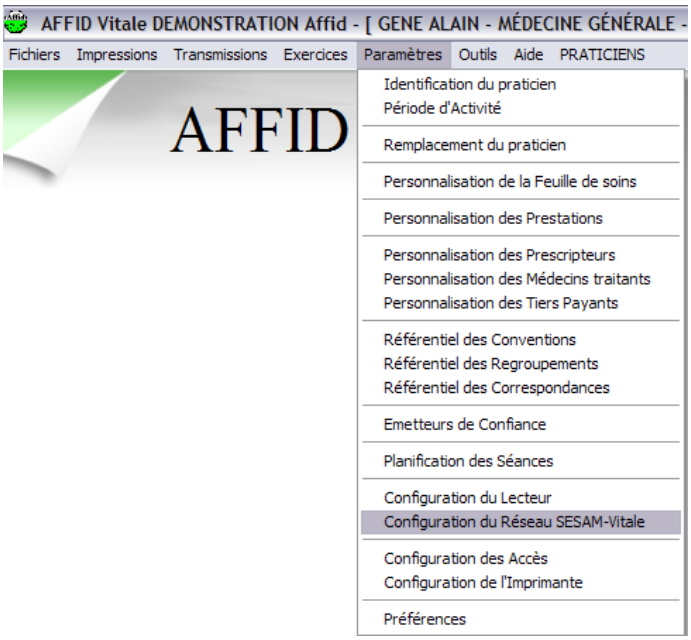
Si la connexion du pilote USB est définie sur (COM**n)**, (**n** = numéro du COM) saisissez le chiffre dans la zone **N° PORT COM.**

- quitter et relancer le logiciel AFFID

1.4 Paramétrage de la connexion Internet

Pour configurer votre point de connexion pour la télétransmission des feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**



- Cliquez sur **Configuration du Réseau SESAM-Vitale**

- **Fournisseur** : Choisissez votre formule d'abonnement.
- **Profil de connexion** : Sélectionnez votre profil de connexion dans la liste. (Réseau si vous êtes en ADSL sinon laisser à blanc)
- **Identifiant du compte** : Identifiant de la boîte aux lettres des feuilles de soins
- **Mot de passe** : Mot de passe de la boîte aux lettres des feuilles de soins
- Confirmez la configuration par le bouton **Valider**.

Exemple d'identification pour Wanadoo Santé :

> Identifiant reçu : fse.**2ruzyy6rb63d**@sante.wanadoo.fr et Mot de passe : **tg5q6hwp**
> La valeur à noter pour l'Identifiant du compte est **2ruzyy6rb63d** (sans *fse.* et *@sante.wanadoo.fr*)
> La valeur à noter pour le Mot de passe est **tg5q6hwp**

Pour Cégétel, vous devrez d'abord saisir vos paramètres de connexion à partir du logiciel Connexion au Réseau SESAM-Vitale de Cégétel puis sélectionner ensuite votre profil dans la liste **Profil de connexion**.

Si votre fournisseur d'accès utilise l'authentification par Mot de passe sécurisé, vous devez alors cocher la case : "Le Serveur SMTP requiert une authentification" et remplir les case "Identifiant" et "Mot de passe" (Ex : Dartybox)

1.5 Paramétrage des prestations

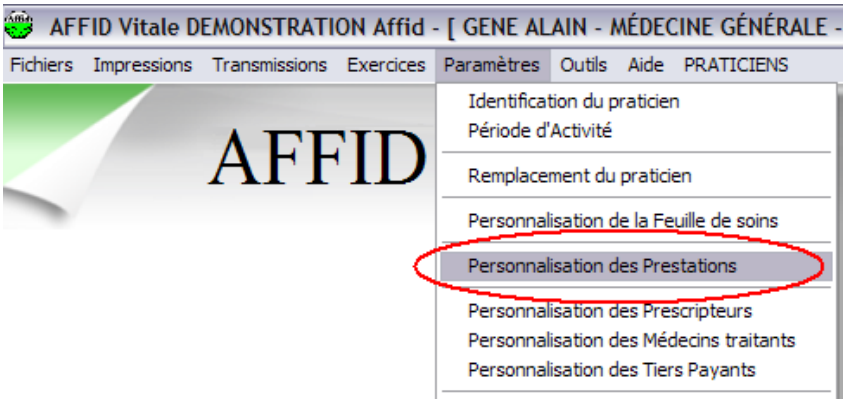
Le progiciel initialise au démarrage, selon la spécialité indiquée sur votre Carte Professionnel de Santé insérée dans le lecteur, les codes NGAP de base.

Les tables CCAM sont fournies par le GIE/SESAM-VITALE. Les prix indiqués dans cette documentation correspondent aux référenciels de Mai 2010. La remise à niveau de ces référenciels rentre dans le cadre du contrat d'assitance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : ***www.affid.com***

Selon vos caractéristiques d'exploitation (secteur 1, Secteur 2, Dépassement,...), vous pouvez personnaliser vos tarifs avant d'effectuer vos premières feuilles de soins.

Pour personnaliser le tarif de vos prestations

Cliquez sur le menu **Paramètres**


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE -
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
AFFID
Identification du praticien
Période d'Activité
Remplacement du praticien
Personnalisation de la Feuille de soins
Personnalisation des Prestations
Personnalisation des Prescripteurs
Personnalisation des Médecins traitants
Personnalisation des Tiers Payants

Cliquez sur **Personnalisation des prestations**

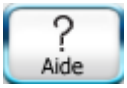
	Prestation	Libellé	Tarif	Base	C	Lettre clé
✓	C	Consultation	22.00 €	22.00 €		C
✓	CA	Consultation approfondie	23.00 €	23.00 €		CA
✓	CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
✓	CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
✓	CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
✓	CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi.	26.50 €	26.50 €		CRS
✓	CST	Complément surveillance thermales				CST
✓	FHV	Forfait Honoraires de Ville	100.00 €	100.00 €		FHV
✓	FMV	Forfait Medicament de Ville	91.74 €	91.74 €		FMV
✓	FPE	Forfait pédiatrique				FPE
✓	FSD	Forfait de Sécurité Dermatologique	35.00 €	35.00 €		FSD
✓	HN	Hors nomenclature				HN
✓	ID	Indemnité de déplacement	5.34 €	5.34 €		ID
✓	IK	Indemnité kilométrique	0.61 €	0.61 €		IK
✓	IKM	Indemnité kilométrique montagne	0.91 €	0.91 €		IKM
✓	IKS	Indemnité kilométrique spéciale	4.57 €	4.57 €		IKS
✓	K	Acte de spécialité	1.92 €	1.92 €		K
✓	KA	Acte de chirurgie d'urgence	1.92 €	1.92 €		KA
✓	KC	Acte de chirurgie (ou dentaire par stomatologue)	2.09 €	2.09 €		KC
✓	KE	Acte d'échographie, échotomographie ou doppler	1.89 €	1.89 €		KE
✓	KFA	Forfait chirurgie KC inférieur ou égal à 120	30.49 €	30.49 €		KFA
✓	KFB	Forfait chirurgie KC supérieur à 120	60.98 €	60.98 €		KFB
✓	KFD	Forfait echographie radiologie				KFD

Au-dessus de la grille des prestations, des boutons de fonction sont proposés.

Boutons de fonction activables par un clic gauche de la souris :

Le dessin de ces boutons peut être différent selon l'option de présentation sélectionnée dans le menu : Paramètres/Préférences

Remarque : *Les touches de fonctions du clavier (1ère rangée) ont une action équivalente aux boutons de fonctions de la grille et peuvent être utilisées à leur place.*

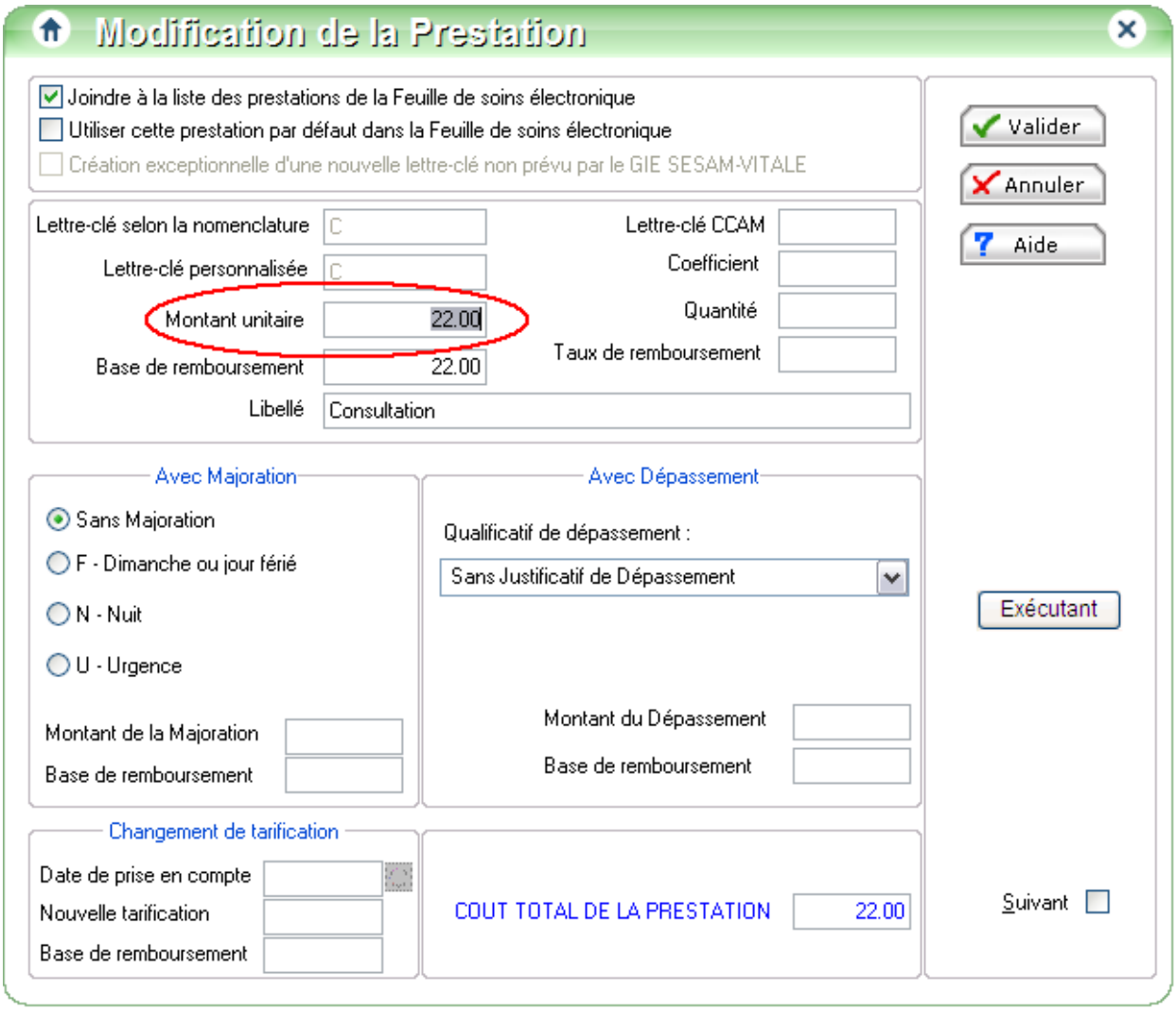
Touche Echap ou bouton		Permet le retour au menu précédent
Touche F1 ou bouton		Aide en ligne, donne les informations pour la saisie et les opérations possibles à effectuer dans la grille en cours.
Touche F2 ou bouton		Initialise la commande " **ajouter** une écriture " à la suite des écritures déjà saisies dans le livre.
Touche F3 ou bouton		Initialise la commande " **modifier** l'écriture sélectionnée ". *(positionner la barre de sélection sur l'écriture à modifier, avec les flèches ou la souris)*
Touche F4 ou bouton		Initialise la commande " **supprimer** la ligne sélectionnée ". *(positionner la barre de sélection sur l'écriture à supprimer, avec les flèches ou la souris)*
Touche F5 ou bouton		Initialise la commande " **rechercher** une écriture " sur le critère préalablement activé par le bouton de fonction F7.
Touche F6 ou bouton		Initialise la commande " **visualiser** " donnant les imputations comptables de la ligne sélectionnée.
Touche F7 ou bouton		Initialise la commande " **trier** " sur un critère choisi.
Touche F8 ou bouton		Initialise la commande " **dupliquer** " la ligne sélectionnée. *(Cette fonction facilite l'enregistrement des écritures régulières (par exemple les recettes mensualisées, virements clinique,...).*
Touche F9 ou bouton		Initialise la commande " **imprimer** " le journal du livre en cours.
Touche F10 ou bouton		Initialise la commande " **envoyer** " lance la télétransmission des feuilles de soins en attente.
Bouton		Permet de changer de praticien.
Bouton		Permet de changer de période d'activité.
Bouton		Permet de décharger les feuilles de soins effectuées en visite.

Selon les menus certains boutons de commande sont inactifs (grisés)

Sélectionnez la prestation à modifier dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F3-Modifier**



Cliquez sur la zone **Montant unitaire** et tapez le tarif
Confirmez la modification en cliquant sur le bouton **Valider**

Pour paramétrer une prestation liée à vos habitudes de travail :

Sélectionnez l'acte que souhaitez personnaliser dans la liste au niveau de sa lettre-clé

Cliquez sur le bouton

ou faites **F8-Copier**

Saisissez dans la zone **Lettre-clé personnalisée** un code personnel lié à l'acte

Si avec coefficient, saisissez-le dans la zone **Coefficient**

=> Si avec une quantité, saisissez-la dans la zone **Quantité**
(quantité : nombre de prestations identiques effectuées le même jour)

=> Si majoration, cochez l'option **F-Dimanche** ou **N-Nuit** et tapez le tarif

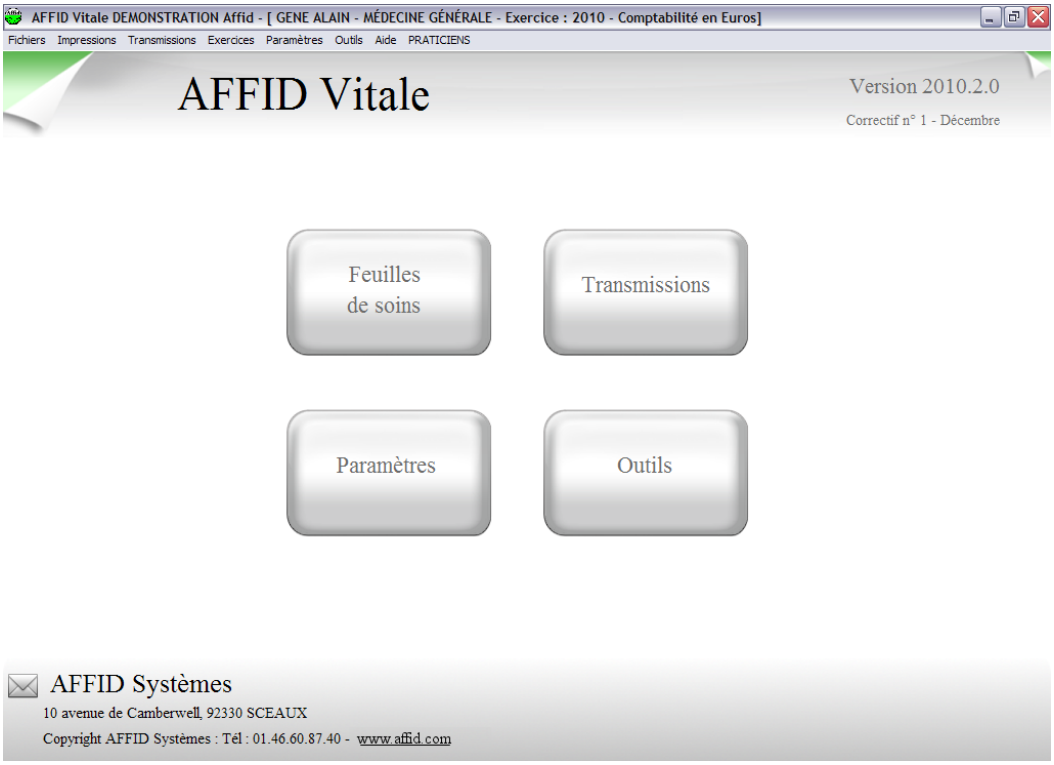
=> Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence** ou autre et tapez le tarif

Confirmez la personnalisation en cliquant sur le bouton **Valider**

Cliquez sur le bouton

ou faites **Echap** pour sortir du menu.

Retour au menu principal :


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
AFFID Vitale
Version 2010.2.0
Correctif n° 1 - Décembre
Feuilles de soins
Transmissions
Paramètres
Outils
AFFID Systèmes
10 avenue de Camberwell, 92330 SCEAUX
Copyright AFFID Systèmes : Tél : 01.46.60.87.40 - www.affid.com

Pour paramétrer une prestation en série ou des actes techniques CCAM : Voir chapitre : Personnalisation des prestations 26

1.6 Prise en main rapide

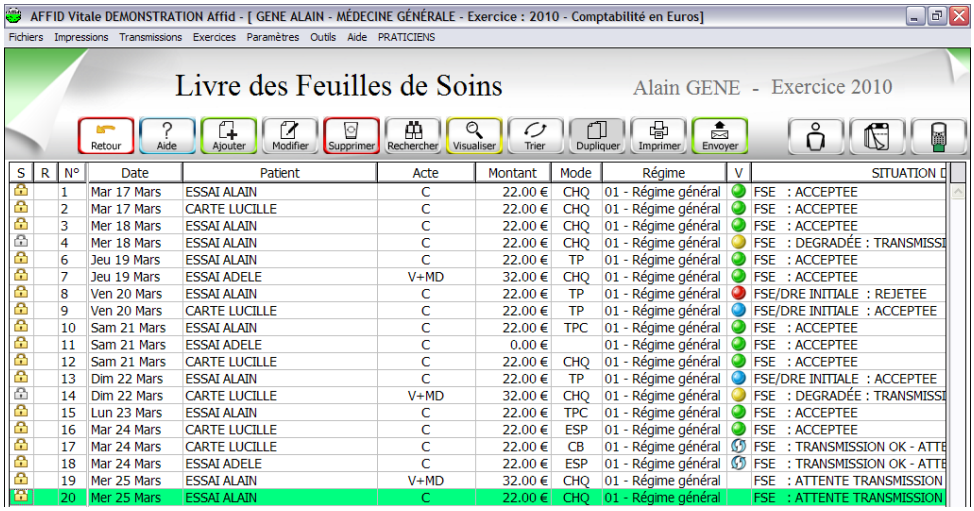
Pour créer une feuille de soins :

Insérez votre carte Professionnel de santé dans le lecteur

Cliquez sur le menu **Feuilles de soins**

Cliquez sur **Saisie**

Le logiciel mémorise dans l'écran ci-contre, toutes les feuilles de soins déjà élaborées et sécurisées de l'année en cours


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Livre des Feuilles de Soins
Alain GENE - Exercice 2010
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION
		1	Mar 17 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		2	Mar 17 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		3	Mer 18 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		4	Mer 18 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSI
		6	Jeu 19 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TP	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		7	Jeu 19 Mars	ESSAI ADELE	V+MD	32.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		8	Ven 20 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TP	01 - Régime général		FSE/DRE INITIALE : REJETEE
		9	Ven 20 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	TP	01 - Régime général		FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE
		10	Sam 21 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TPC	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		11	Sam 21 Mars	ESSAI ADELE	C	0.00 €		01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		12	Sam 21 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		13	Dim 22 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TP	01 - Régime général		FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE
		14	Dim 22 Mars	CARTE LUCILLE	V+MD	32.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSI
		15	Lun 23 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TPC	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		16	Mar 24 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	ESP	01 - Régime général		FSE : ACCEPTEE
		17	Mar 24 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	CB	01 - Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTE
		18	Mar 24 Mars	ESSAI ADELE	C	22.00 €	ESP	01 - Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTE
		19	Mer 25 Mars	ESSAI ALAIN	V+MD	32.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ATTENTE TRANSMISSION
		20	Mer 25 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime général		FSE : ATTENTE TRANSMISSION

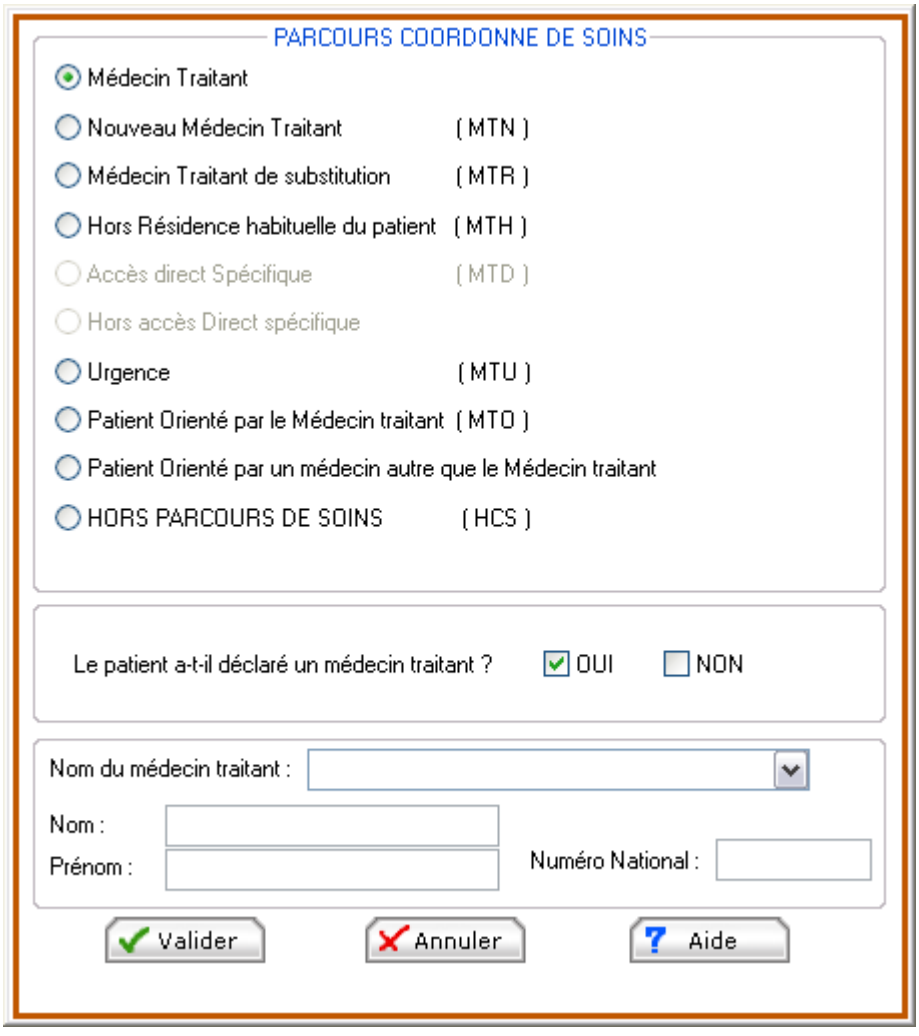
Insérez dans le lecteur votre carte de praticien et celle du patient

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**

Le logiciel lit les informations de la carte du praticien et celle du patient

Ouvre la fenêtre concernant le parcours de soins


PARCOURS COORDONNE DE SOINS
Médecin Traitant
Nouveau Médecin Traitant (MTN)
Médecin Traitant de substitution (MTR)
Hors Résidence habituelle du patient (MTH)
Accès direct Spécifique (MTD)
Hors accès Direct spécifique
Urgence (MTU)
Patient Orienté par le Médecin traitant (MTO)
Patient Orienté par un médecin autre que le Médecin traitant
HORS PARCOURS DE SOINS (HCS)
Le patient a-t-il déclaré un médecin traitant ?
OUI
NON
Nom du médecin traitant :
Nom :
Prénom :
Numéro National :
Valider
Annuler
Aide

Pour chaque patient, le parcours de soins doit être initialisé la première fois il restra mémorisé lors des prochaines feuilles de soins
Valider

Ouvre la Feuille de soins

Etape 1 : Double-cliquez sur la prestation à facturer au patient dans la liste (à gauche du corps de la feuille de soins.

La date du jour, l'acte et le tarif sont affichés automatiquement dans le corps de la feuille de soins.

Vous pouvez modifier le mode de règlement dans la zone "Règlement".

Etape 2 : Confirmez la création et la sécurisation de la feuille de soins en cliquant sur le bouton **"Valider"**.

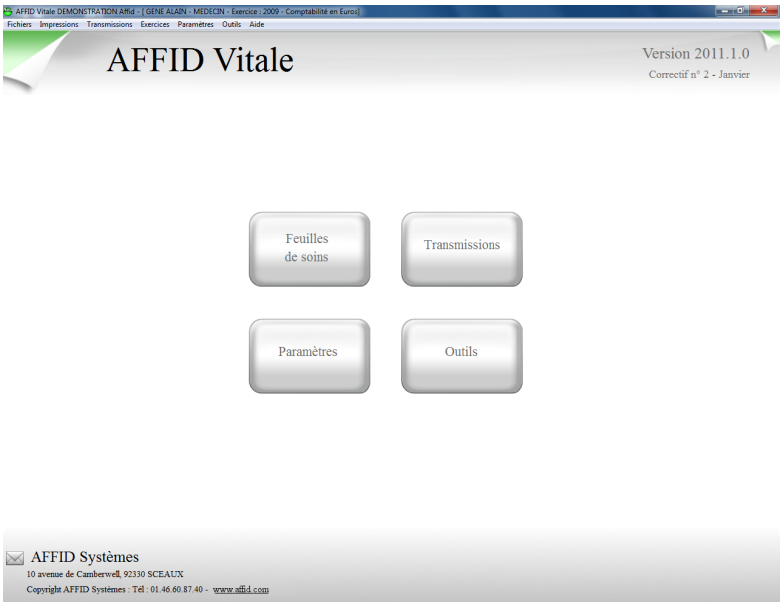
Si vous gérez vos recettes journalières avec le logiciel **AFFID Standard**, vous retrouverez automatiquement cette consultation ajoutée à la liste de vos recettes journalières.

A la fin de la journée, vous pourrez télé-transmettre automatiquement toutes vos feuilles de soins en cliquant sur le bouton

ou par **F10-Envoyer**.

2 Accès aux fonctions

Affid Vitale est un logiciel conçu pour être exploité de façon simple et conviviale, en suivant une démarche logique dans l'application des règles de la feuille de soins éléctronique.



Chaque fonction du logiciel **AFFID Vitale** peut être accédée par 2 chemins :

2.1 A partir des icônes de module

Chaque module de gestion est affiché sur la page d'accueil du programme : les feuilles de soins, les transmissions, les paramètres, les outils.

- Sélectionner le module concerné qui comporte toutes les fonctions nécessaires :
  - la saisie / modification / suppression / visualisation...,
  - l'impression sur écran ou sur papier,
  - la production d'états de gestion, utiles pour connaître l'activité du cabinet.

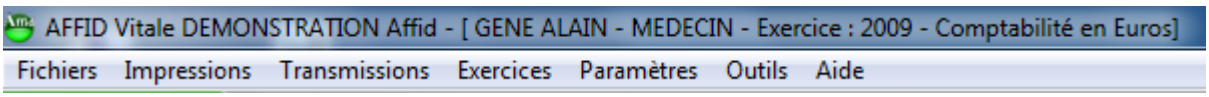
- Cliquer sur la fonction souhaitée.
- Pour passer d'une fonction à une autre il faut cliquer autant de fois que nécessaire sur le bouton

ou **Echap** pour remonter à la page d'accueil générale puis sélectionner la nouvelle fonction

⇒ *Le retour sur la page d'accueil est à privilégier car la prise en main est plus conviviale.*

2.2 A partir de la barre de menus

Le menu général présente les fonctions comptables par type de traitement : Fichier (saisies des écritures), Impression, Mensuel, Périodique, Annuel, Graphes, Paramètres, Outils, Aide (l'aide en général) et Praticiens si plusieurs dossiers ont été créés.

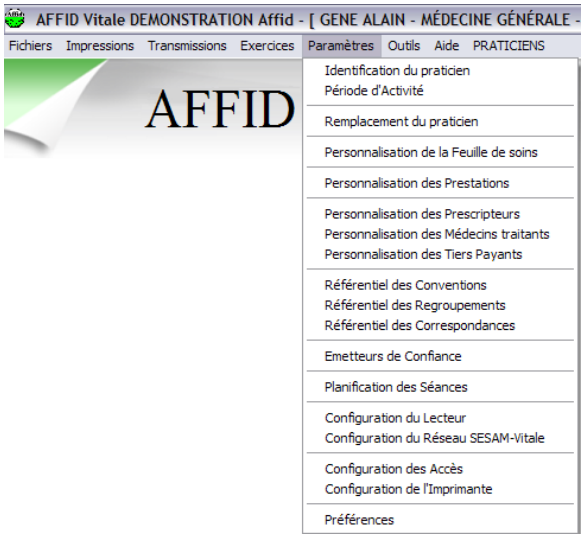

AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2009 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide

- Cliquer sur l'un des onglets de la barre de menus.
- Cliquer sur la fonction souhaitée dans le sous menus

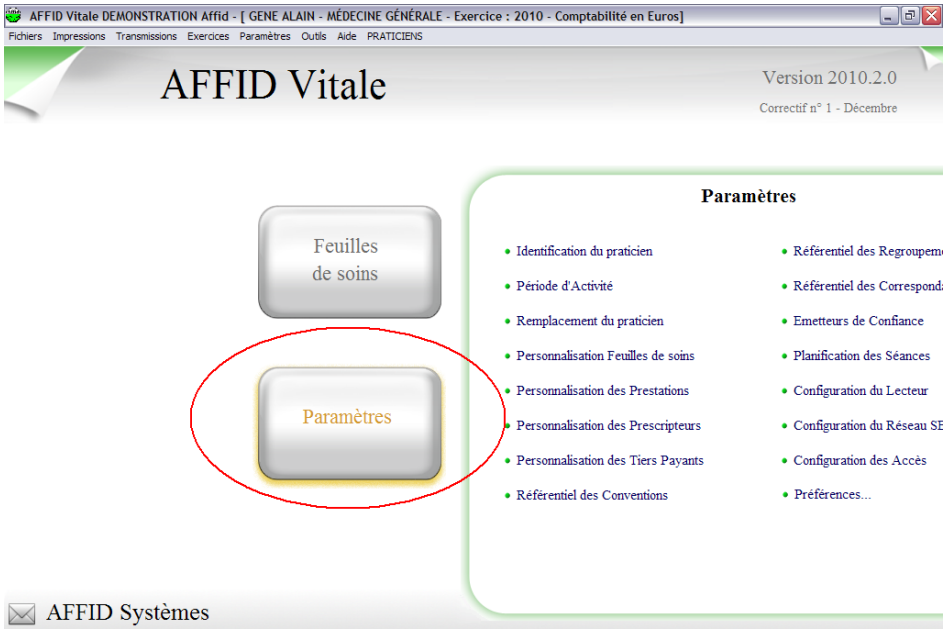
3 Paramétrages

Accès au menu :

Soit par la barre de taches



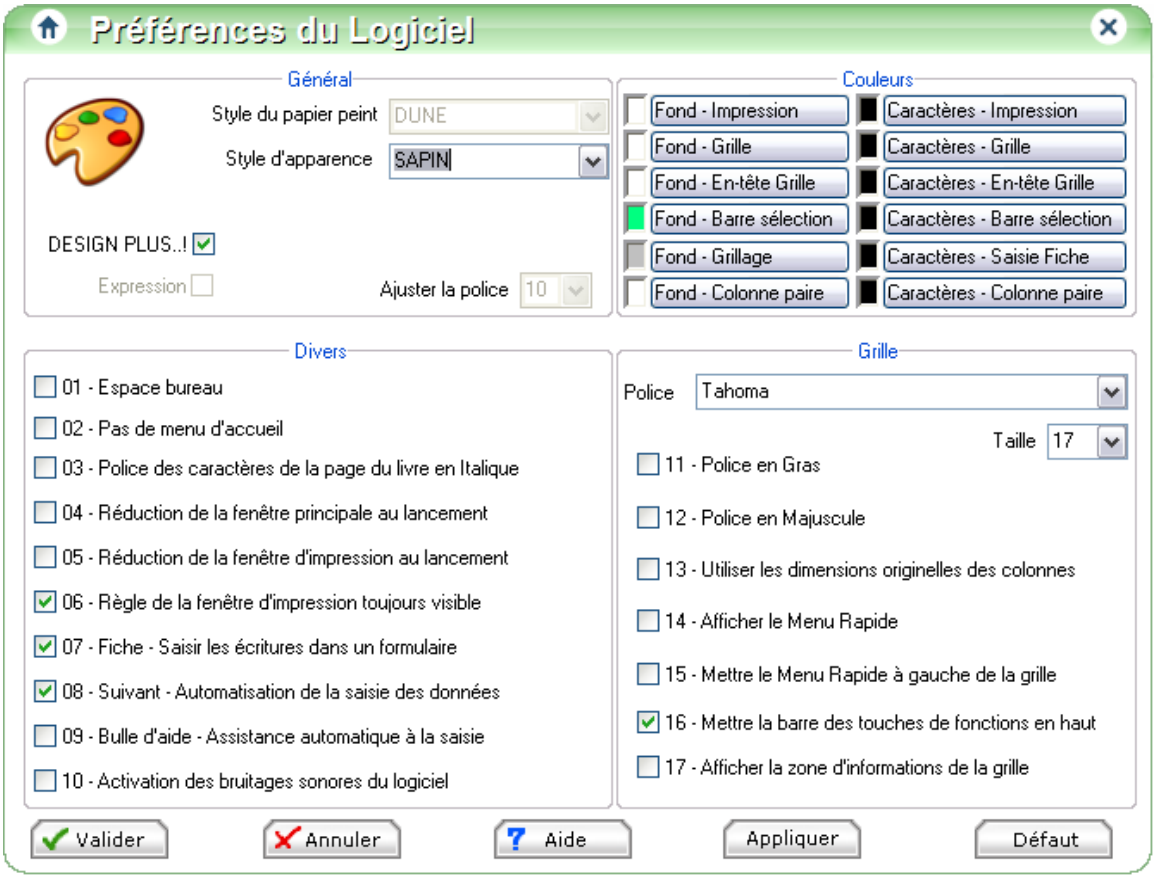
Soit du menu principal



3.1 Préférences

Cela va vous permettre la personnalisation de :

- *la page d'accueil*
- *l'affichage à l'écran*
- *la grille de saisie*
- *couleurs de fond et des caractères affichés.*
- *polices de caractères de la grille de visualisation des écritures.*


Préférences du Logiciel
Général
Style du papier peint
DUNE
Style d'apparence
SAPIN
DESIGN PLUS..!
Expression
Ajuster la police
10
Couleurs
Fond - Impression
Caractères - Impression
Fond - Grille
Caractères - Grille
Fond - En-tête Grille
Caractères - En-tête Grille
Fond - Barre sélection
Caractères - Barre sélection
Fond - Grillage
Caractères - Saisie Fiche
Fond - Colonne paire
Caractères - Colonne paire
Divers
01 - Espace bureau
02 - Pas de menu d'accueil
03 - Police des caractères de la page du livre en Italique
04 - Réduction de la fenêtre principale au lancement
05 - Réduction de la fenêtre d'impression au lancement
06 - Règle de la fenêtre d'impression toujours visible
07 - Fiche - Saisir les écritures dans un formulaire
08 - Suivant - Automatisation de la saisie des données
09 - Bulle d'aide - Assistance automatique à la saisie
10 - Activation des bruitages sonores du logiciel
Grille
Police
Tahoma
Taille
17
11 - Police en Gras
12 - Police en Majuscule
13 - Utiliser les dimensions originelles des colonnes
14 - Afficher le Menu Rapide
15 - Mettre le Menu Rapide à gauche de la grille
16 - Mettre la barre des touches de fonctions en haut
17 - Afficher la zone d'informations de la grille
Valider
Annuler
Aide
Appliquer
Défaut

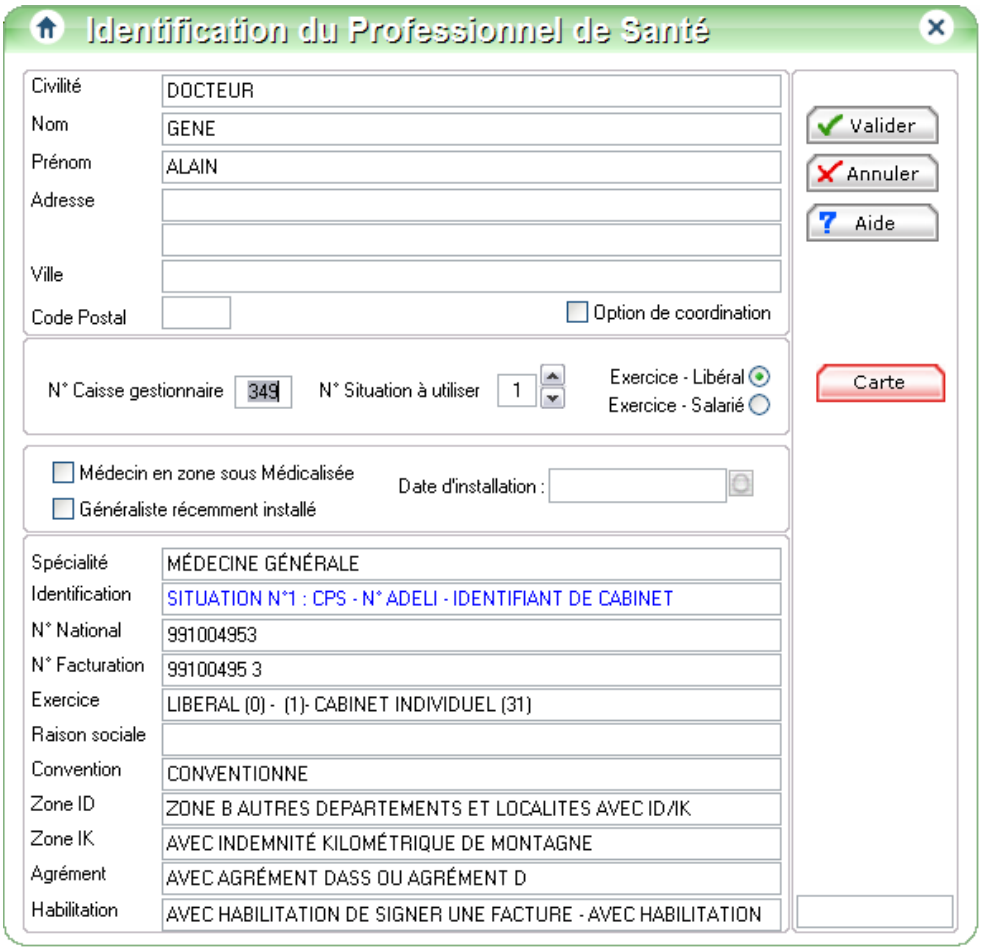
3.2 Identification praticien

Les informations de la carte du Professionnel de Santé sont automatiquement affichées et mémorisées dans cet écran et permettent principalement de renseigner et de signer électroniquement la Feuille de soins.

Identifications complémentaires

Vous pouvez saisir vos coordonnées afin de les faire apparaître sur la feuille de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**
- Cliquez sur **Identification du praticien**



- Cliquez sur le bouton **Carte** pour ré-afficher les informations de la Carte CPS
- Saisissez votre **Adresse, Ville** et **Code postal**
- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer la saisie

Lorsque le logiciel accède aux informations de la carte à puces pour la première fois, le lecteur de cartes à puces active un signal sonore 🔔 et affiche sur son écran le message suivant :

CARTE PS
CODE PS 1 :_____

Vous devez entrer votre code confidentiel sur le clavier du lecteur et le confirmer par le **bouton vert** du lecteur.

Cette fonction ne permet pas de créer un nouveau praticien, mais seulement de visualiser les informations du Professionnel de Santé.
Vous devez utiliser la fonction du menu **Fichier / Nouveau praticien** pour créer le dossier d'un autre praticien possédant aussi une licence d'utilisation du logiciel AFFID Vitale.

3.3 Période d'activité

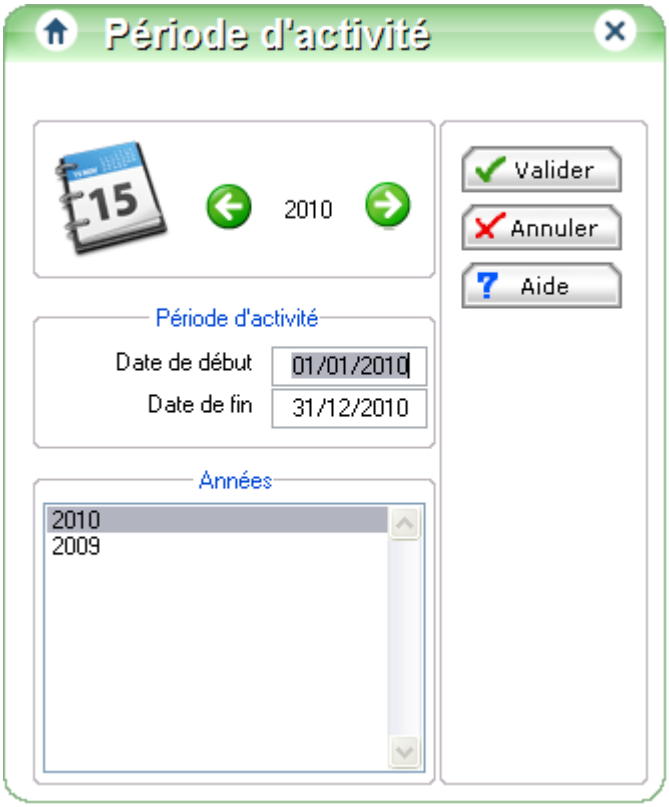
La période d'activité définie l'année pour laquelle la gestion des feuilles de soins électroniques sera faite. Seules les feuilles de soins électroniques de l'année sélectionnée seront visibles à l'écran.

La création d'une année postérieure ou antérieure à l'année en cours implique le report automatique de tous les paramètres (identification du praticien, liste des patients, listes des prestations, autres paramètres et dernier numéro de la feuille de soins électronique) de l'exercice en cours vers la nouvelle période d'activité.

Exercice en cours

Pour changer de période d'activité :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**
- Cliquez sur **Période d'activité**



- Cliquez sur les boutons ou pour changer l'année en cours
- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer votre période d'activité

Vous pouvez aussi saisir directement la date de début et de fin de la période d'activité.

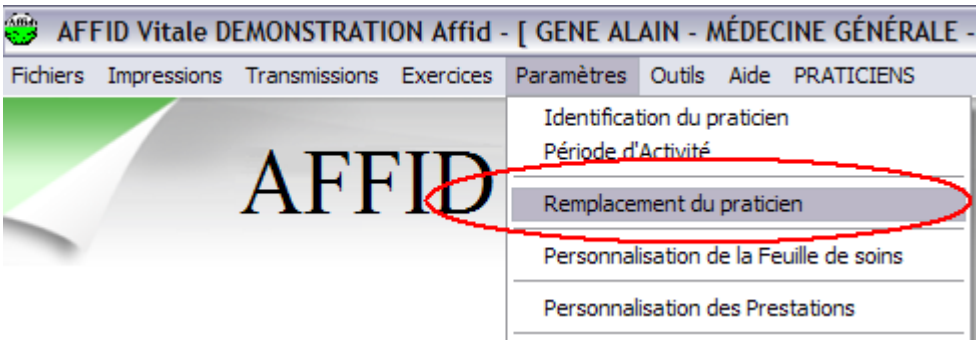
Pour visualiser une période d'activité antérieure ou postérieure déjà créée, double-cliquez sur l'année dans la liste à l'aide de la Souris.

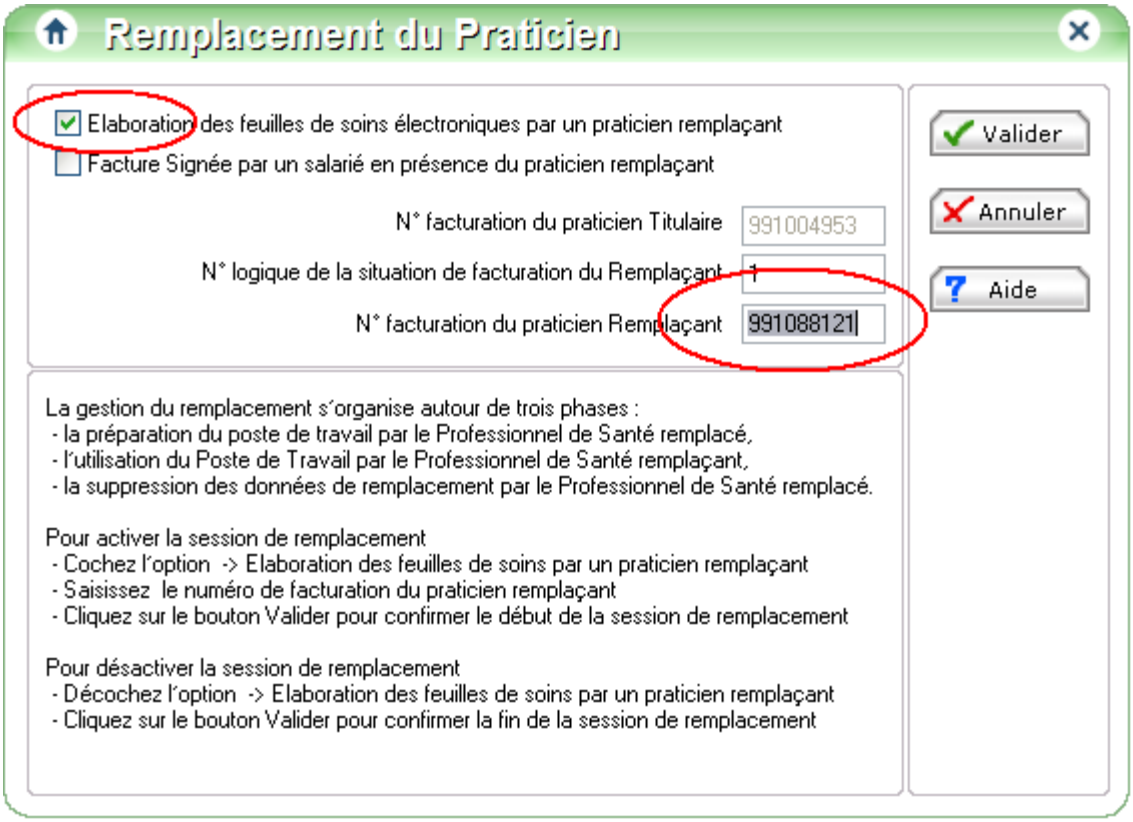
N'oubliez pas ! Vous devrez toujours revenir dans cette fonction pour créer la nouvelle année ou pour visualiser les feuilles de soins électroniques d'une année antérieure

3.4 Remplacement du praticien

Cette fonction n'est activable que si le remplaçant a sa propre Carte CPS et que le dossier du praticien remplacé est déjà initialisé.

- Cliquez sur le menu **Paramètres**
- Cliquez sur **Remplacement du praticien**




Remplacement du Praticien
Elaboration des feuilles de soins électroniques par un praticien remplaçant
Facture Signée par un salarié en présence du praticien remplaçant
N° facturation du praticien Titulaire
991004953
N° logique de la situation de facturation du Remplaçant
1
N° facturation du praticien Remplaçant
991088121
Valider
Annuler
Aide
La gestion du remplacement s'organise autour de trois phases :
- la préparation du poste de travail par le Professionnel de Santé remplacé,
- l'utilisation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant,
- la suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé remplacé.
Pour activer la session de remplacement
- Cochez l'option -> Elaboration des feuilles de soins par un praticien remplaçant
- Saisissez le numéro de facturation du praticien remplaçant
- Cliquez sur le bouton Valider pour confirmer le début de la session de remplacement
Pour désactiver la session de remplacement
- Décochez l'option -> Elaboration des feuilles de soins par un praticien remplaçant
- Cliquez sur le bouton Valider pour confirmer la fin de la session de remplacement

- Cocher la case «Elaboration des feuilles de soins électroniques par un praticien remplaçant»
- Saisir votre N° de Facturation dans la zone « N° facturation du praticien remplaçant »
- Insérer votre carte dans le lecteur
- Valider

IMPORTANT : Avant de partir, après avoir télétransmis toutes les feuilles de soins, **pensez à décocher la case « Elaboration des feuilles de soins électroniques par un praticien remplaçant » pour fermer votre session.**

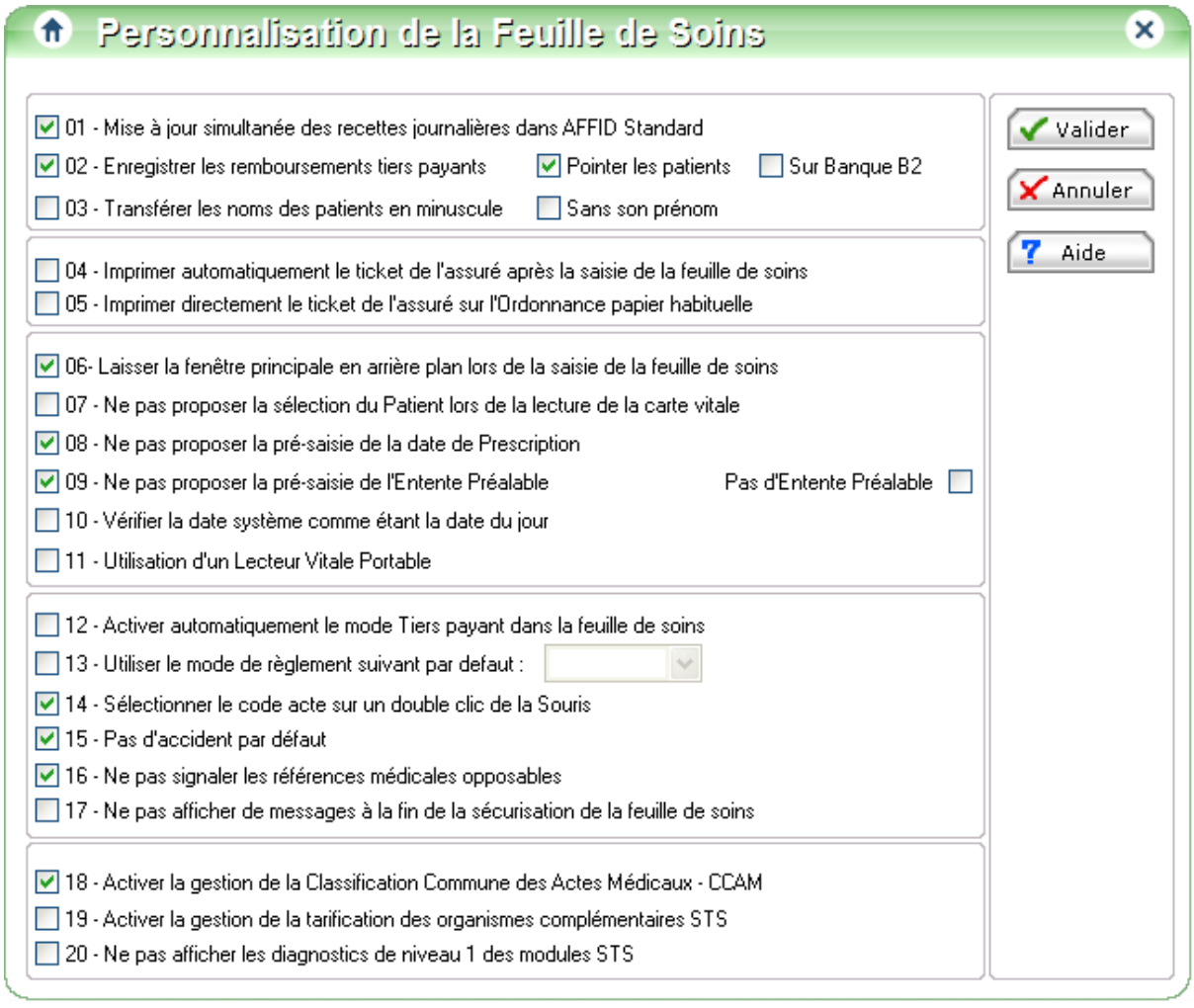
3.5 Personnalisation des Feuilles de soins

Cette fonction permet d'automatiser le mode de fonctionnement de la Feuille de soins électronique.

Automatisation de la feuille de soins

Pour personnaliser le fonctionnement de la feuille de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**
- Cliquez sur **Personnalisation de la feuille de soins**


Personnalisation de la Feuille de Soins
01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard
02 - Enregistrer les remboursements tiers payants
Pointer les patients
Sur Banque B2
03 - Transférer les noms des patients en minuscule
Sans son prénom
04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle
06- Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins
07 - Ne pas proposer la sélection du Patient lors de la lecture de la carte vitale
08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente Préalable
Pas d'Entente Préalable
10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable
12 - Activer automatiquement le mode Tiers payant dans la feuille de soins
13 - Utiliser le mode de règlement suivant par defaut :
14 - Sélectionner le code acte sur un double clic de la Souris
15 - Pas d'accident par défaut
16 - Ne pas signaler les références médicales opposables
17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins
18 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM
19 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS
20 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS
Valider
Annuler
Aide

- Cochez case n°01 "**Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard"**

Si vous voulez transférer automatiquement vos prestations vers AFFID Standard.

- Cochez case n°02 **"Enregistrer les remboursements tiers payants"**

Si vous voulez enregistrer automatiquement vos virements tiers payants dans les recettes centralisées du logiciel AFFID Standard.

- Cochez case **"Pointer les patients"**

Si vous voulez cocher automatiquement lors des retours NOEMIE vos patients dans AFFID Standard.

- Cochez case "**Sur Banque B2"**

Si vous voulez enregistrer et pointer sur la deuxième banque vos tiers payants.

- Cochez case n°04 "**Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle"**

Si vous voulez imprimer le ticket sur votre ordonnance habituelle *(insertion dans l'imprimante).*

- Cochez case n°05 "**Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins"**

Si vous voulez voir en arrière plan la liste des autres feuilles de soins déjà saisies.

- Cochez case n°08 "**Ne pas proposer la pré-saisie de la date de prescription"**

Si vous voulez que la date de prescription soit par défaut toujours la date du jour.

- Cochez case n°13 "**Utiliser le mode règlement suivant par défaut"**

Si vous souhaitez un autre mode de règlement par défaut que Chèque.

- Cochez case n°14 "**Sélectionner le code acte sur un double clic de la Souris"**

Si vous voulez saisir rapidement vos actes dans la feuille de soins par un double clic gauche de la Souris.

- Cochez case n°15 "**Pas d'accident par défaut"**

Si vous ne voulez pas préciser à chaque feuille de soins l'option « sans accident de vie privée ».

- Cochez case n°11 "**Utilisation d'un lecteur vitale portable"**

Si vous possédez une licence AFFID Vitale TLA pour la réalisation des feuilles de soins en visite.

- Cochez case n°18 "**Activer la gestion de la classification Commune des Actes Médicaux -CCAM"**

Si vous voulez utiliser les actes de la CCAM

- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer la personnalisation de la feuille de soins.

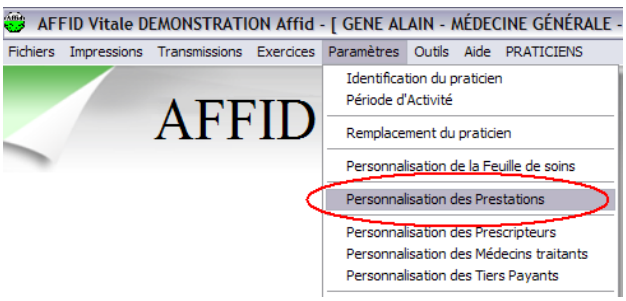
3.6 Personnalisation des prestations

3.6.1 Paramétrage des prestations de la nomenclature générale (NGAP)

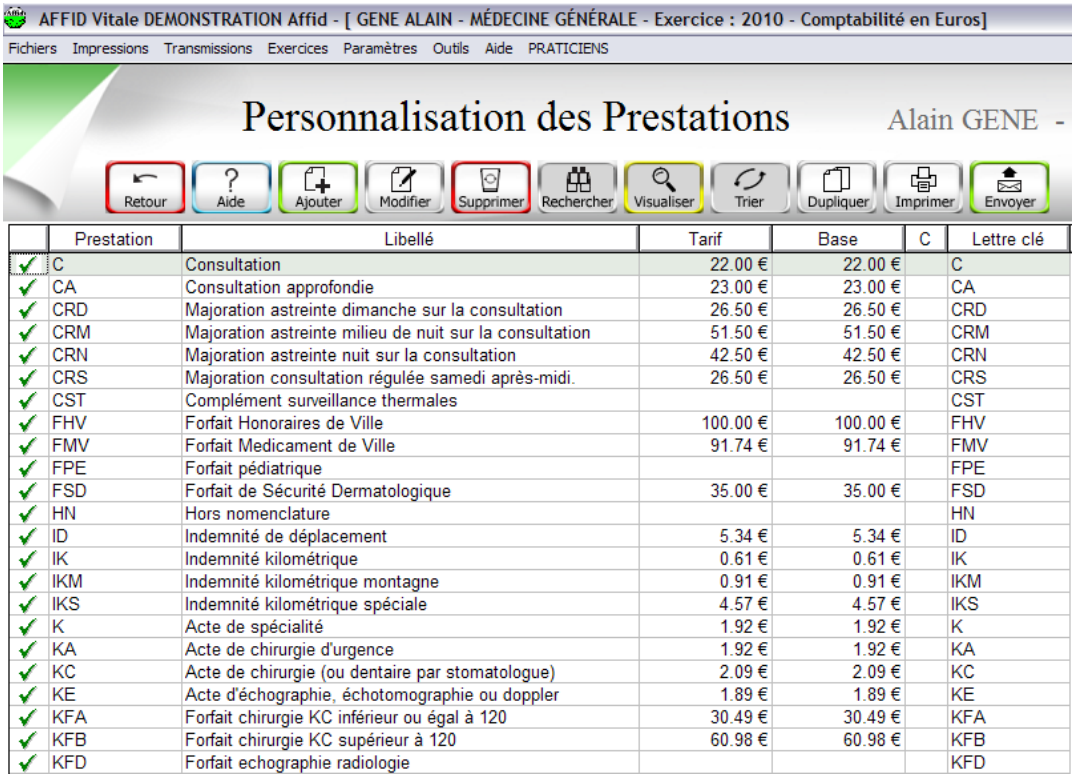
Les actes de la Nomenclature générale professionnelle sont créés automatiquement par le logiciel en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé. Les valeurs des lettres clés et tarifs applicables sont à renseigner obligatoirement par le Professionnel de Santé avant la gestion des feuilles de soins électroniques.

Modification d'une prestation existante

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des prestations**



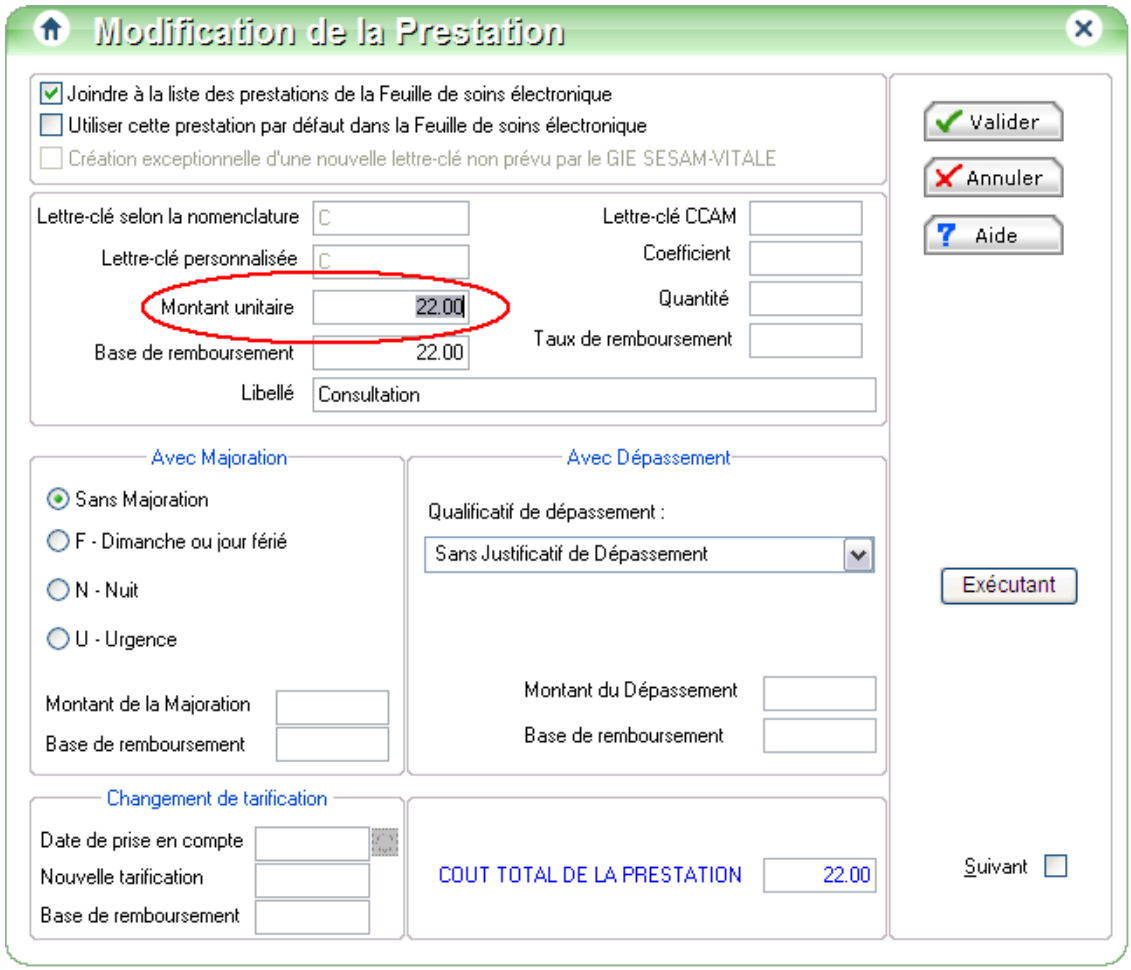
Sélectionnez la prestation à modifier dans la liste


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Personnalisation des Prestations
Alain GENE -
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

Prestation	Libellé	Tarif	Base	C	Lettre clé
C	Consultation	22.00 €	22.00 €		C
CA	Consultation approfondie	23.00 €	23.00 €		CA
CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi.	26.50 €	26.50 €		CRS
CST	Complément surveillance thermales				CST
FHV	Forfait Honoraires de Ville	100.00 €	100.00 €		FHV
FMV	Forfait Medicament de Ville	91.74 €	91.74 €		FMV
FPE	Forfait pédiatrique				FPE
FSD	Forfait de Sécurité Dermatologique	35.00 €	35.00 €		FSD
HN	Hors nomenclature				HN
ID	Indemnité de déplacement	5.34 €	5.34 €		ID
IK	Indemnité kilométrique	0.61 €	0.61 €		IK
IKM	Indemnité kilométrique montagne	0.91 €	0.91 €		IKM
IKS	Indemnité kilométrique spéciale	4.57 €	4.57 €		IKS
K	Acte de spécialité	1.92 €	1.92 €		K
KA	Acte de chirurgie d'urgence	1.92 €	1.92 €		KA
KC	Acte de chirurgie (ou dentaire par stomatologue)	2.09 €	2.09 €		KC
KE	Acte d'échographie, échotomographie ou doppler	1.89 €	1.89 €		KE
KFA	Forfait chirurgie KC inférieur ou égal à 120	30.49 €	30.49 €		KFA
KFB	Forfait chirurgie KC supérieur à 120	60.98 €	60.98 €		KFB
KFD	Forfait echographie radiologie				KFD

Cliquez sur le bouton

ou faites **F3-Modifier**



Cliquez sur la zone **Montant unitaire** et tapez le tarif
Si majoration, cochez l'option **F-Dimanche** ou **N-Nuit** et tapez le tarif
Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence particulère du malade** ou autre et tapez le tarif
Vous pouvez aussi changer le code de l'acte dans **Lettre-clé personnalisée**
Confirmez la modification en cliquant sur le bouton **Valider**

Création et personnalisation d'une prestation liée à vos habitudes de travail :

Sélectionnez l'acte que souhaitez personnaliser dans la liste au niveau de sa lettre-clé

Cliquez sur le bouton

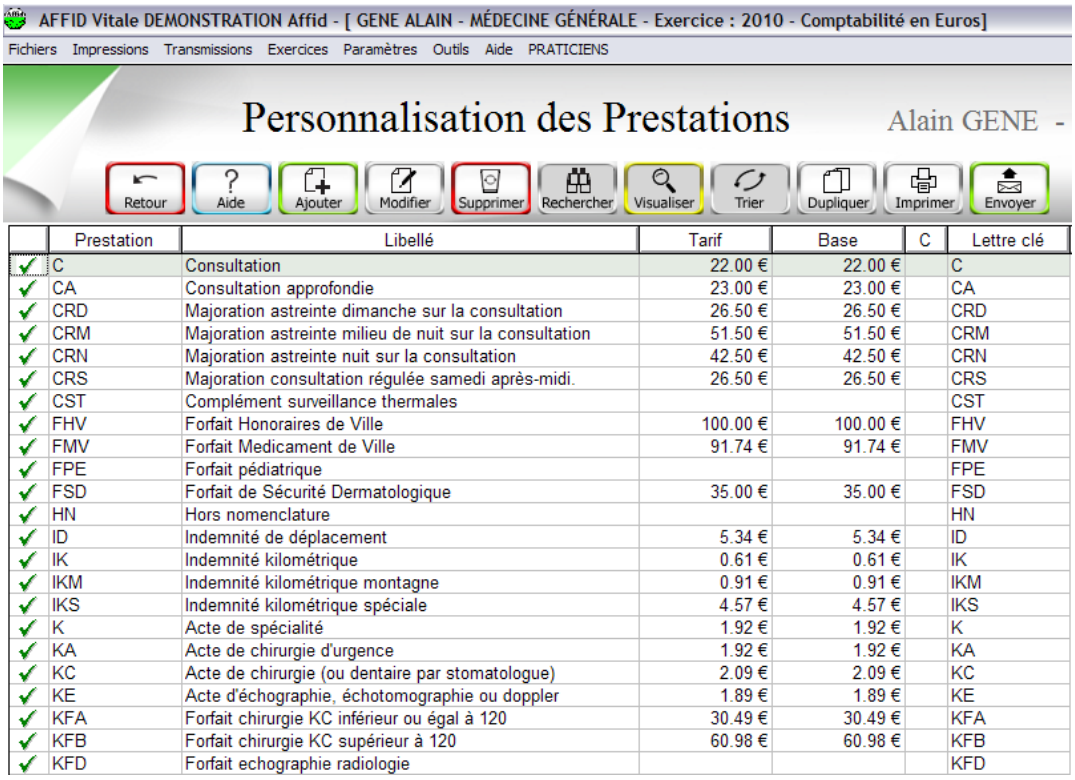
ou faites **F8-Copier**

Saisissez dans la zone **Lettre-clé personnalisée** un code personnel lié à l'acte
Si avec coefficient, saisissez-le dans la zone **Coefficient**
Si avec une quantité, saisissez-la dans la zone **Quantité**
(quantité : nombre de prestations identiques effectuées le même jour)
Si majoration, cochez l'option **F-Dimanche** ou **N-Nuit** et tapez le tarif
Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence particulère du malade** ou autre et tapez le tarif
Confirmez la personnalisation en cliquant sur le bouton **Valider**

La lettre-clé personnalisée sera utilisée à titre personnel pour la gestion visuelle de vos prestations dans les feuilles de soins. Le logiciel transmettra aux caisses seulement la lettre-clé d'origine de la **prestation selon la nomenclature**.

Création d'une prestation selon la nouvelle nomenclature (NGAP) :

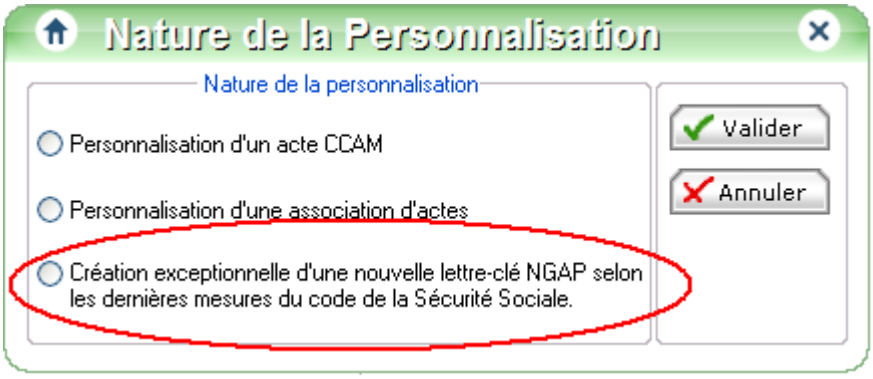
Depuis le menu personnalisation des prestations



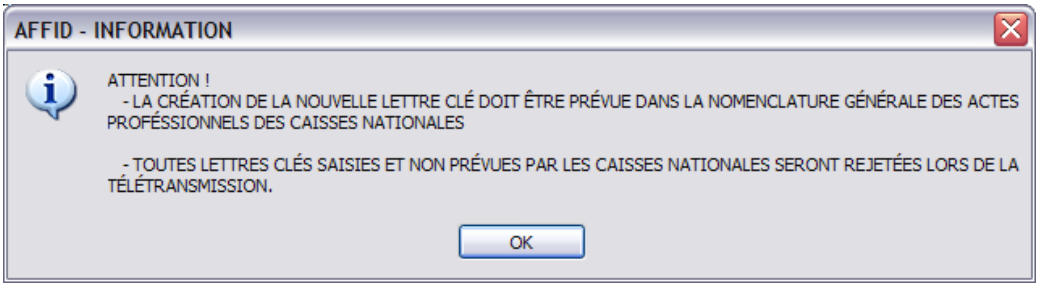
	Prestation	Libellé	Tarif	Base	C	Lettre clé
✓	C	Consultation	22.00 €	22.00 €		C
✓	CA	Consultation approfondie	23.00 €	23.00 €		CA
✓	CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
✓	CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
✓	CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
✓	CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi.	26.50 €	26.50 €		CRS
✓	CST	Complément surveillance thermales				CST
✓	FHV	Forfait Honoraires de Ville	100.00 €	100.00 €		FHV
✓	FMV	Forfait Medicament de Ville	91.74 €	91.74 €		FMV
✓	FPE	Forfait pédiatrique				FPE
✓	FSD	Forfait de Sécurité Dermatologique	35.00 €	35.00 €		FSD
✓	HN	Hors nomenclature				HN
✓	ID	Indemnité de déplacement	5.34 €	5.34 €		ID
✓	IK	Indemnité kilométrique	0.61 €	0.61 €		IK
✓	IKM	Indemnité kilométrique montagne	0.91 €	0.91 €		IKM
✓	IKS	Indemnité kilométrique spéciale	4.57 €	4.57 €		IKS
✓	K	Acte de spécialité	1.92 €	1.92 €		K
✓	KA	Acte de chirurgie d'urgence	1.92 €	1.92 €		KA
✓	KC	Acte de chirurgie (ou dentaire par stomatologue)	2.09 €	2.09 €		KC
✓	KE	Acte d'échographie, échotomographie ou doppler	1.89 €	1.89 €		KE
✓	KFA	Forfait chirurgie KC inférieur ou égal à 120	30.49 €	30.49 €		KFA
✓	KFB	Forfait chirurgie KC supérieur à 120	60.98 €	60.98 €		KFB
✓	KFD	Forfait echographie radiologie				KFD

Cliquez sur le bouton

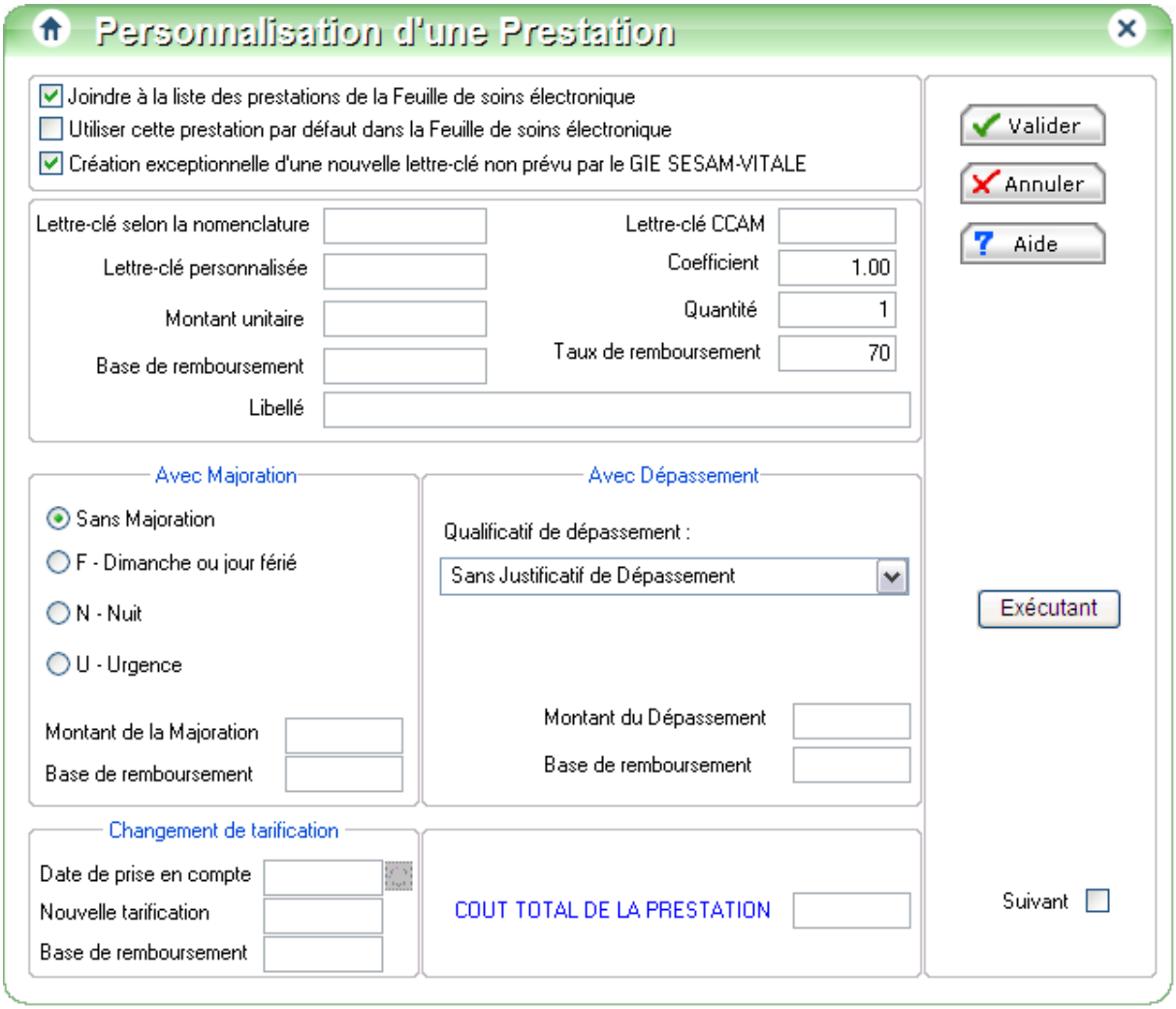
ou faites **F2-Ajouter**


Nature de la Personnalisation
Nature de la personnalisation
Personnalisation d'un acte CCAM
Personnalisation d'une association d'actes
Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-clé NGAP selon les dernières mesures du code de la Sécurité Sociale.
Valider
Annuler

Cochez l'option **Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-clé NGAP…**


AFFID - INFORMATION
ATTENTION !
- LA CRÉATION DE LA NOUVELLE LETTRE CLÉ DOIT ÊTRE PRÉVUE DANS LA NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFÉSSIONNELS DES CAISSES NATIONALES
- TOUTES LETTRES CLÉS SAISIES ET NON PRÉVUES PAR LES CAISSES NATIONALES SERONT REJETÉES LORS DE LA TÉLÉTRANSMISSION.
OK

Validez le message pour accéder à la création



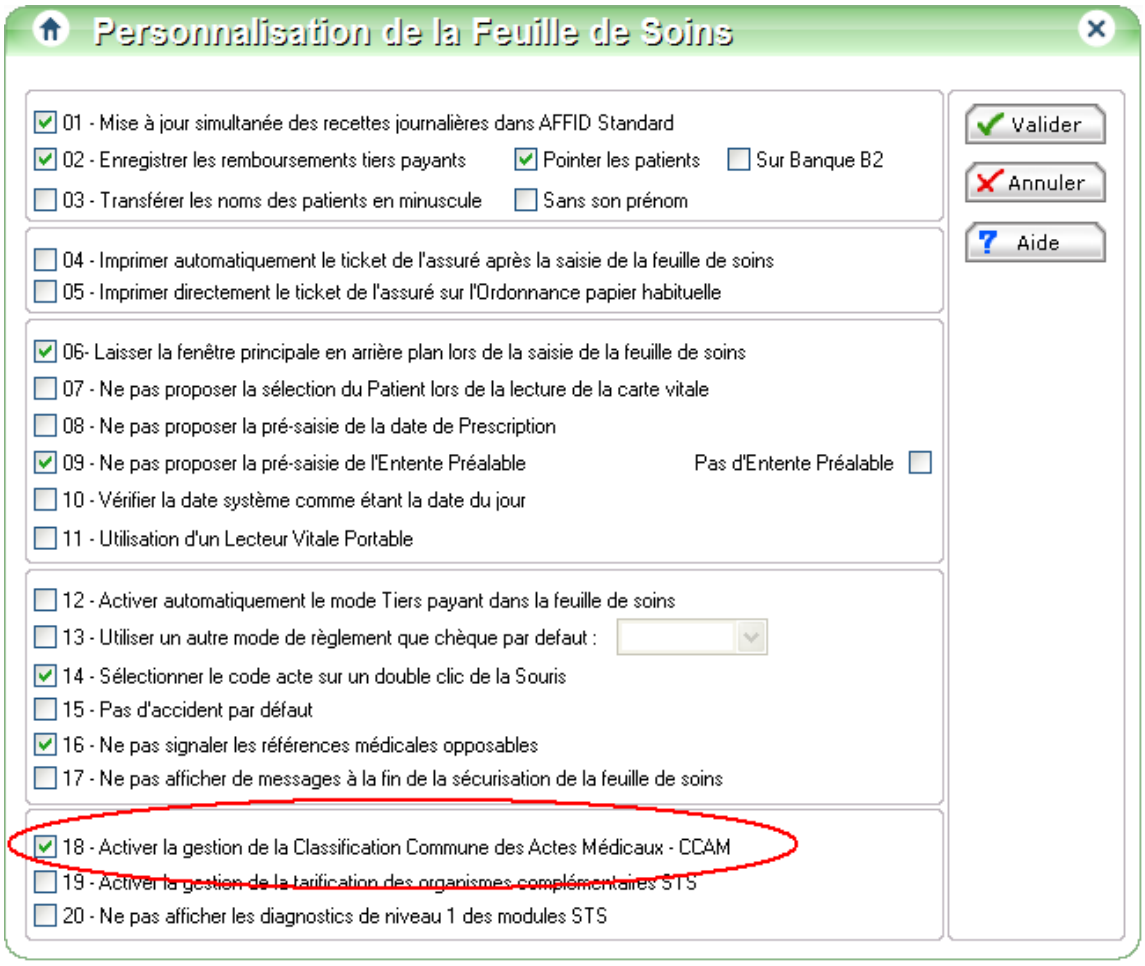
Tapez le code de l'acte dans la zone **Lettre-clé selon la nomenclature**
Cliquez dans la zone **Montant unitaire** et tapez le tarif de l'acte
Confirmez la création en cliquant sur le bouton **Valider**

3.6.2 Paramétrage des codes actes CCAM

Si vous utilisez la codification CCAM 1.40 : lors de l'installation de votre mise à jour cochez « Activer la gestion de la Classification Commune des Actes Médicaux – CCAM »

*Les tables CCAM sont fournies par le GIE/SESAM-VITALE. Les prix indiqués dans cette documentation correspondent aux référenciels de Mai 2010. La remise à niveau de ces référenciels rentre dans le cadre du contrat d'assitance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : **www.affid.com***

Menu **Paramètres / Personnalisation de la feuille de soins**


Personnalisation de la Feuille de Soins
01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard
02 - Enregistrer les remboursements tiers payants
Pointer les patients
Sur Banque B2
03 - Transférer les noms des patients en minuscule
Sans son prénom
04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle
06- Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins
07 - Ne pas proposer la sélection du Patient lors de la lecture de la carte vitale
08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente Préalable
Pas d'Entente Préalable
10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable
12 - Activer automatiquement le mode Tiers payant dans la feuille de soins
13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par defaut :
14 - Sélectionner le code acte sur un double clic de la Souris
15 - Pas d'accident par défaut
16 - Ne pas signaler les références médicales opposables
17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins
18 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM
19 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS
20 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS
Valider
Annuler
Aide

Pour ceux qui n'utilisent pas la codification CCAM 1.40, nous vous conseillons de **ne pas l'activer** dans un premier temps car elle nécessite un paramétrage spécifique et vous devez vous assurer de **la compatibilité de votre lecteur**. Ce paramétrage doit-être effectué en connaissant la codification et les tarifs applicables aux actes techniques les plus fréquents.

Pour connaître la codification CCAM selon votre spécialité et votre secteur d'activité vous devez prendre contact avec votre correspondant SESAM VITALE ou vos organismes professionnels.

Un code acte CCAM peut toujours être recherché et utilisé au moment de l'élaboration d'une feuille de soins. Les caractéristiques de tarification et d'utilisation avec d'autres actes sont alors saisis directement (modificateur et actes associés).

Pour certains actes exceptionnels cette méthode est acceptable, mais pour les actes ou association d'actes courants il est préférable de les intégrer au préalable dans votre liste des prestations AFFID avec un code de travail plus explicite.

Pour mettre en place une codification AFFID les étapes sont les suivantes :

A – Rechercher les codes actes CCAM que vous utiliserez le plus souvent et les intégrer dans la personnalisation des prestations AFFID

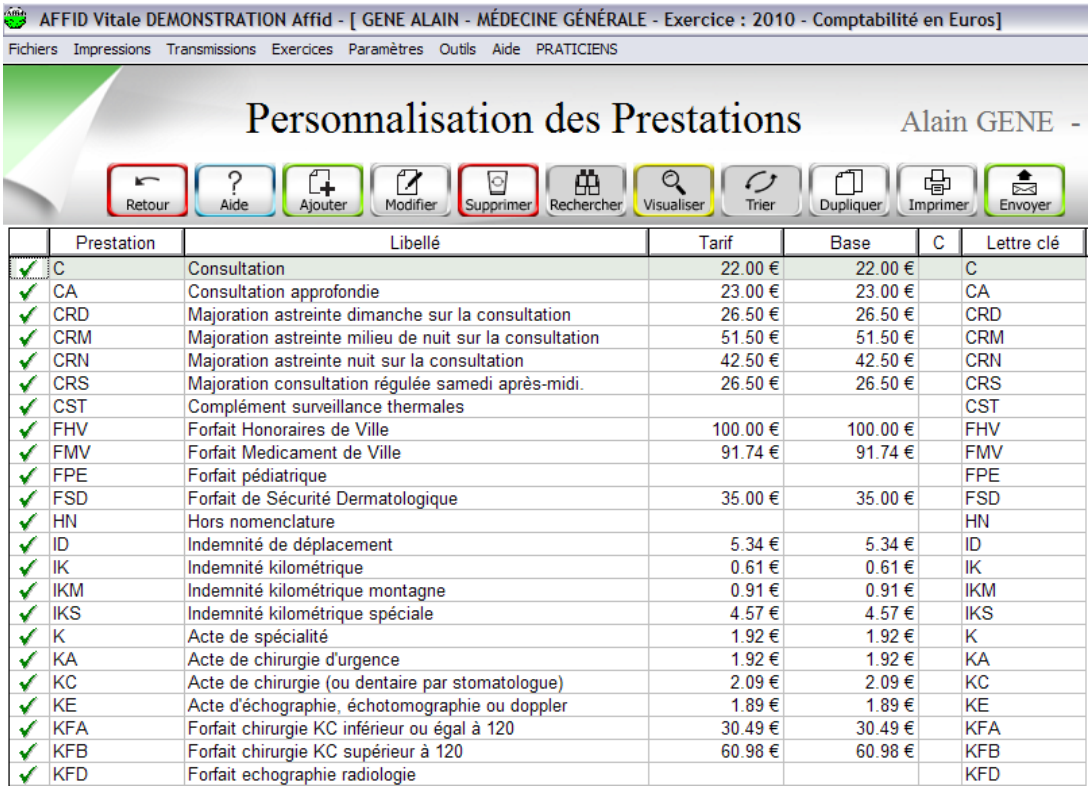
B – Dupliquer éventuellement un code CCAM qui a des conditions de facturation différentes selon le contexte

C – Personnaliser avec un code de travail AFFID un code simple ou une association d'actes CCAM avec les dépassements éventuels

Recherche et intégration d'un acte à partir du référentiel CCAM

Pour intégrer un acte CCAM :

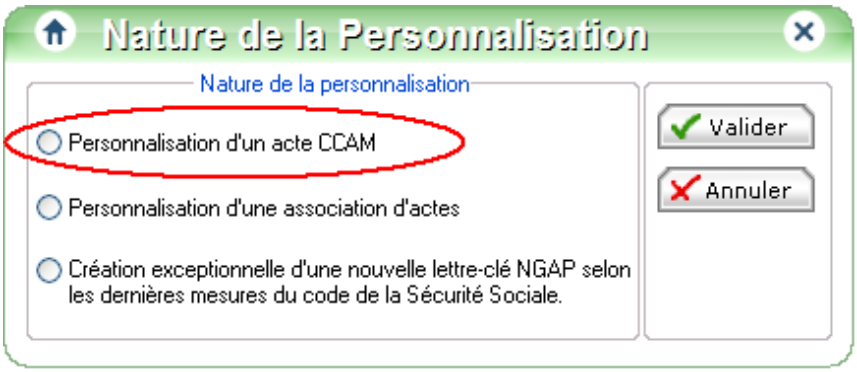
Depuis le menu personnalisation des prestations


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Personnalisation des Prestations
Alain GENE -
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

	Prestation	Libellé	Tarif	Base	C	Lettre clé
✓	C	Consultation	22.00 €	22.00 €		C
✓	CA	Consultation approfondie	23.00 €	23.00 €		CA
✓	CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
✓	CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
✓	CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
✓	CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi.	26.50 €	26.50 €		CRS
✓	CST	Complément surveillance thermales				CST
✓	FHV	Forfait Honoraires de Ville	100.00 €	100.00 €		FHV
✓	FMV	Forfait Medicament de Ville	91.74 €	91.74 €		FMV
✓	FPE	Forfait pédiatrique				FPE
✓	FSD	Forfait de Sécurité Dermatologique	35.00 €	35.00 €		FSD
✓	HN	Hors nomenclature				HN
✓	ID	Indemnité de déplacement	5.34 €	5.34 €		ID
✓	IK	Indemnité kilométrique	0.61 €	0.61 €		IK
✓	IKM	Indemnité kilométrique montagne	0.91 €	0.91 €		IKM
✓	IKS	Indemnité kilométrique spéciale	4.57 €	4.57 €		IKS
✓	K	Acte de spécialité	1.92 €	1.92 €		K
✓	KA	Acte de chirurgie d'urgence	1.92 €	1.92 €		KA
✓	KC	Acte de chirurgie (ou dentaire par stomatologue)	2.09 €	2.09 €		KC
✓	KE	Acte d'échographie, échotomographie ou doppler	1.89 €	1.89 €		KE
✓	KFA	Forfait chirurgie KC inférieur ou égal à 120	30.49 €	30.49 €		KFA
✓	KFB	Forfait chirurgie KC supérieur à 120	60.98 €	60.98 €		KFB
✓	KFD	Forfait echographie radiologie				KFD

Cliquez sur le bouton

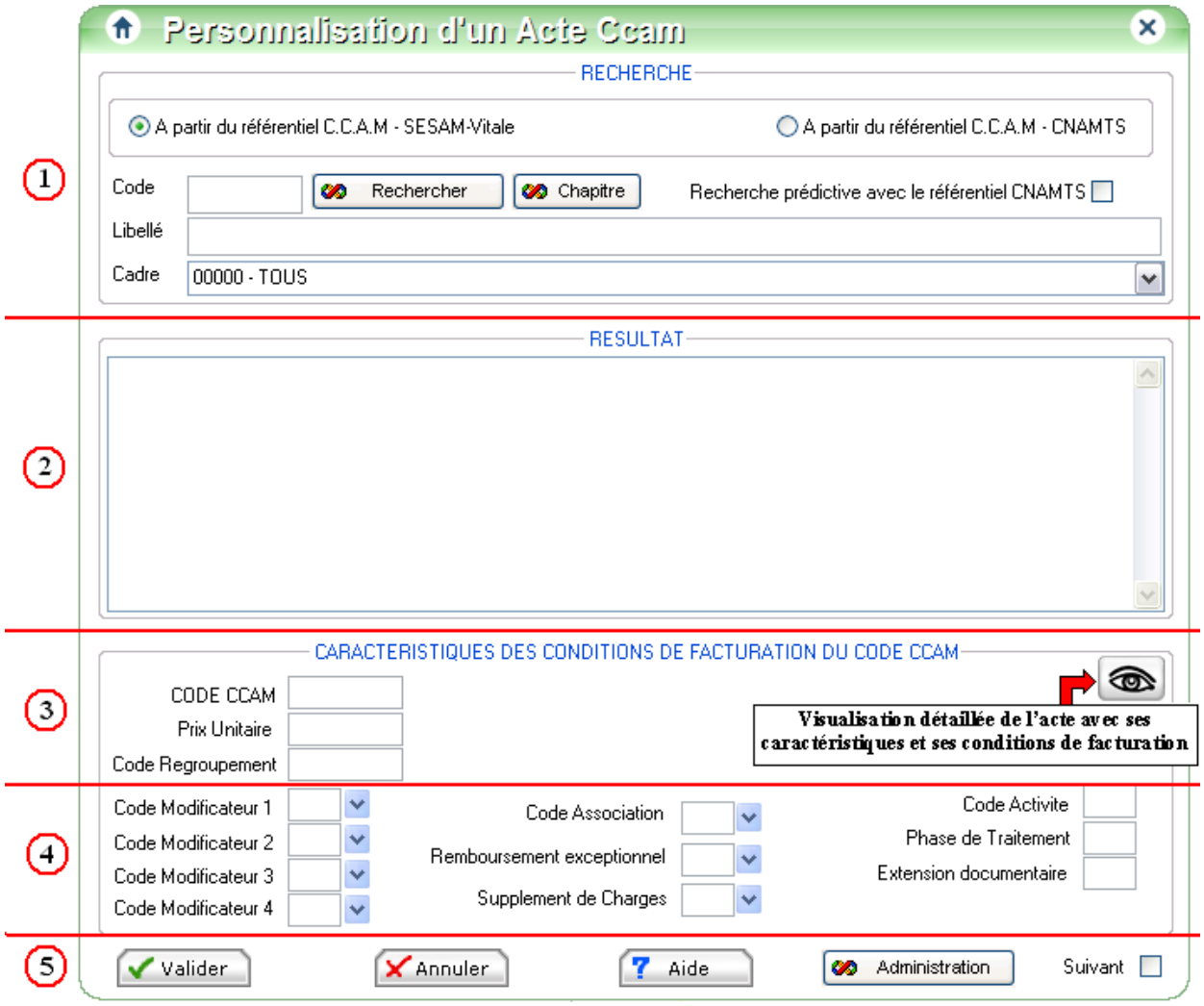
ou faites **F2-Ajouter**


Nature de la Personnalisation
Nature de la personnalisation
Personnalisation d'un acte CCAM
Personnalisation d'une association d'actes
Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-clé NGAP selon les dernières mesures du code de la Sécurité Sociale.
Valider
Annuler

Cochez l'option **Personnalisation d'un acte CCAM**

L'écran de personnalisation des actes CCAM se découpe en 5 zones :

1. Recherche
2. Résultat et sélection de l'acte recherché
3. Règles d'utilisation
4. Modalités de facturation
5. Options de sélection



1. Recherche

Vous avez plusieurs possibilités pour rechercher un acte dans la CCAM, et cette recherche peut s 'effectuer sur :

Référentiel CCAM CNANTS : ce glossaire contient la totalité des actes de la base nationale CCAM (7200 actes)
Référentiel CCAM SESAM-Vitale: ce glossaire contient uniquement les actes réalisés en médecine de ville (3500 actes)

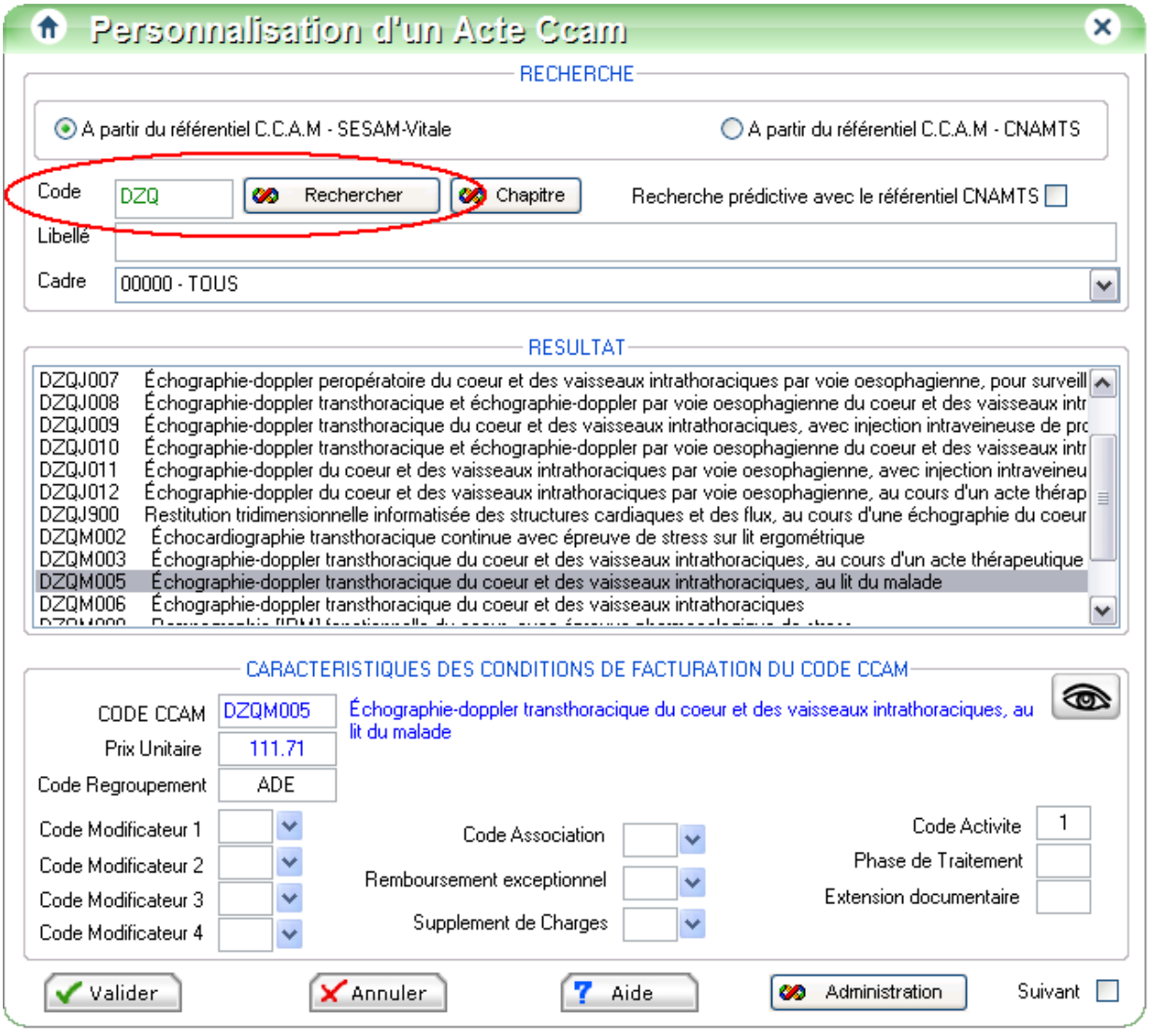
- **A partir des familles de code CCAM**

Dans le champ "Code", saisir des n premières lettres (1 à 4 caractères) du code de l'acte, cliquez le bouton Rechercher ou faites Entrée.

Le logiciel affiche l'ensemble des actes commençant par les mêmes lettres. (Pour connaître les familles de codes actes spécifiques à votre spécialité et secteur d'activité vous devez demander la liste à votre correspondant SESAM VITALE ou à vos organismes professionnels)

Exemple : recherche à partir du code CCAM

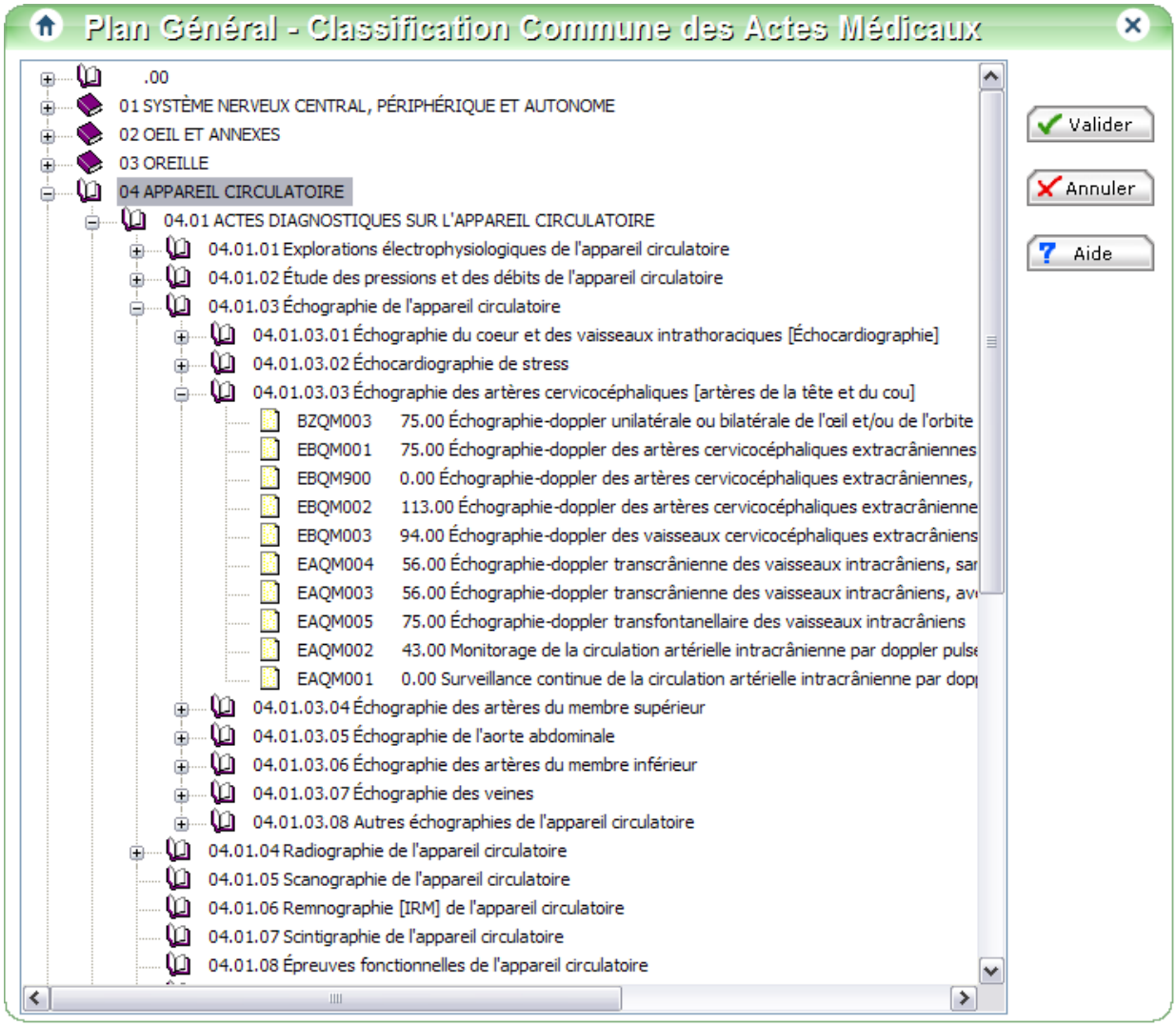
Toujours effectuer les recherches dans un premier temps « A partir du référentiel CCAM – SESAM-Vitale »
Recherche : de l'acte « **DZQ** » et sélection de l'acte DZQM0005 « Echographie-doppler… » par un double-clic dans la partie résultat.


Personnalisation d'un Acte Ccam
RECHERCHE
A partir du référentiel C.C.A.M - SESAM-Vitale
A partir du référentiel C.C.A.M - CNAMTS
Code
DZQ
Rechercher
Chapitre
Recherche prédictive avec le référentiel CNAMTS
Libellé
Cadre
00000 - TOUS
RESULTAT
DZQJ007 Échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, pour surveill
DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intr
DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de pr
DZQJ010 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intr
DZQJ011 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineu
DZQJ012 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au cours d'un acte thérap
DZQJ900 Restitution tridimensionnelle informatisée des structures cardiaques et des flux, au cours d'une échographie du coeur
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM003 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM
DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Prix Unitaire
111.71
Code Regroupement
ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite
1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

- **A partir de l'arborescence générale CCAM**

Cliquez sur le bouton :

Affichage du plan général de la CCAM par grands appareils :


Plan Général - Classification Commune des Actes Médicaux
.00
01 SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME
02 OEIL ET ANNEXES
03 OREILLE
04 APPAREIL CIRCULATOIRE
04.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE
04.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil circulatoire
04.01.02 Étude des pressions et des débits de l'appareil circulatoire
04.01.03 Échographie de l'appareil circulatoire
04.01.03.01 Échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques [Échocardiographie]
04.01.03.02 Échocardiographie de stress
04.01.03.03 Échographie des artères cervicocéphaliques [artères de la tête et du cou]
BZQM003 75.00 Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale de l'œil et/ou de l'orbite
EBQM001 75.00 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes
EBQM900 0.00 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes,
EBQM002 113.00 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrânienne
EBQM003 94.00 Échographie-doppler des vaisseaux cervicocéphaliques extracrâniens
EAQM004 56.00 Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, sar
EAQM003 56.00 Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, av
EAQM005 75.00 Échographie-doppler transfontanellaire des vaisseaux intracrâniens
EAQM002 43.00 Monitorage de la circulation artérielle intracrânienne par doppler puls
EAQM001 0.00 Surveillance continue de la circulation artérielle intracrânienne par dop
04.01.03.04 Échographie des artères du membre supérieur
04.01.03.05 Échographie de l'aorte abdominale
04.01.03.06 Échographie des artères du membre inférieur
04.01.03.07 Échographie des veines
04.01.03.08 Autres échographies de l'appareil circulatoire
04.01.04 Radiographie de l'appareil circulatoire
04.01.05 Scanographie de l'appareil circulatoire
04.01.06 Remnographie [IRM] de l'appareil circulatoire
04.01.07 Scintigraphie de l'appareil circulatoire
04.01.08 Épreuves fonctionnelles de l'appareil circulatoire
Valider
Annuler
Aide

Sélectionnez l'acte et cliquez sur le bouton

pour le rajouter dans la liste des prestations AFFID.

Lorsque vous aurez terminé la sélection des actes qui vous intéressent vous pourrez vérifier et modifier les conditions de facturation dans la liste de personnalisation des prestations AFFID. (par la fonction

ou touche **F3-Modifier**)

ou la touche Echap. pour sortir.

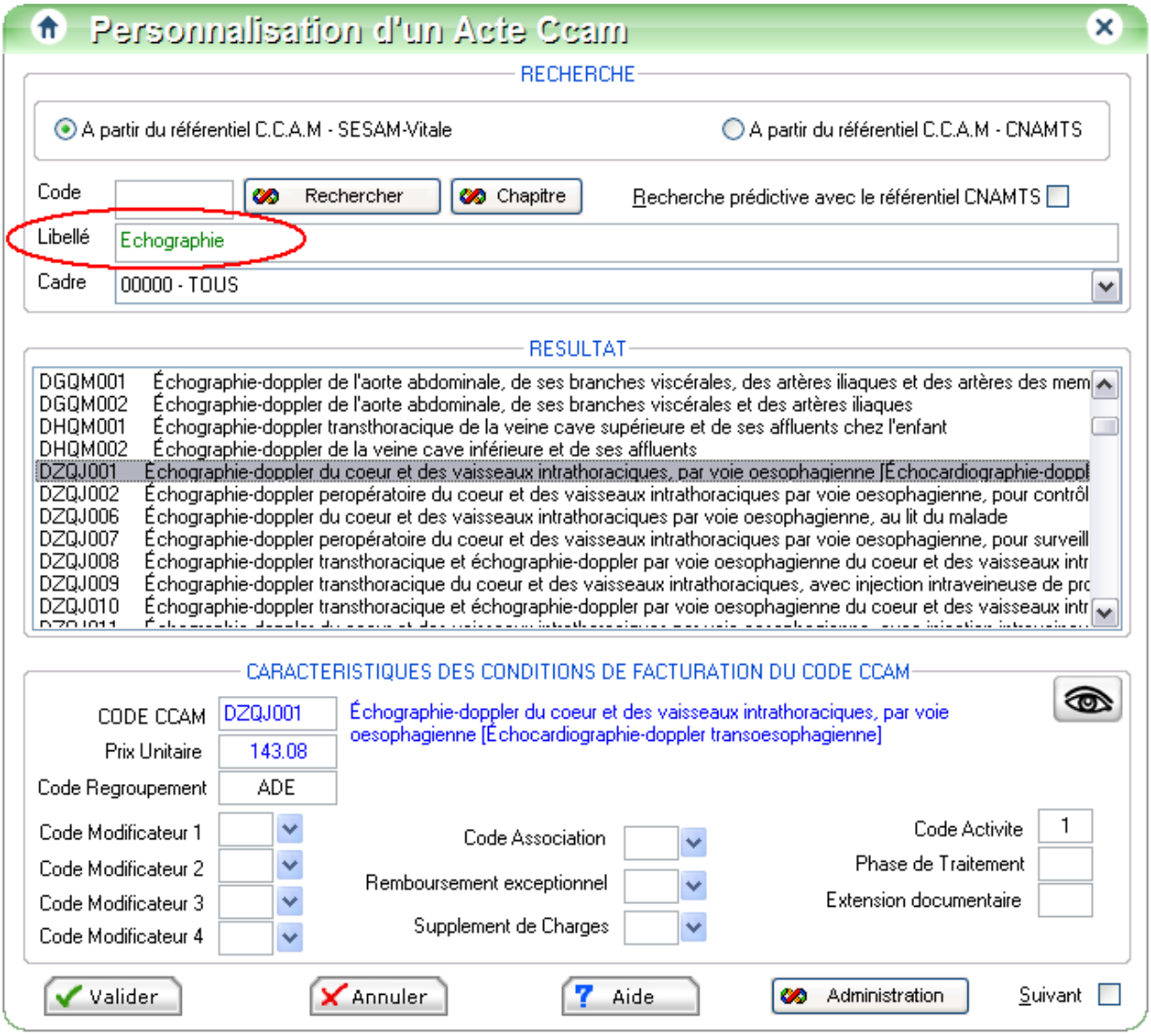
- **A partir de mots clés**

A partir du référentiel CCAM SESAM-Vitale :

Dans le champ "Libellé", saisir le mot clé de l'acte recherché, cliquer sur le bouton Rechercher ou faire Entrée.
Le logiciel affiche l'ensemble des actes contenant le mot saisi dans les libellés.

Exemple : recherche à partir d'un mot-clé

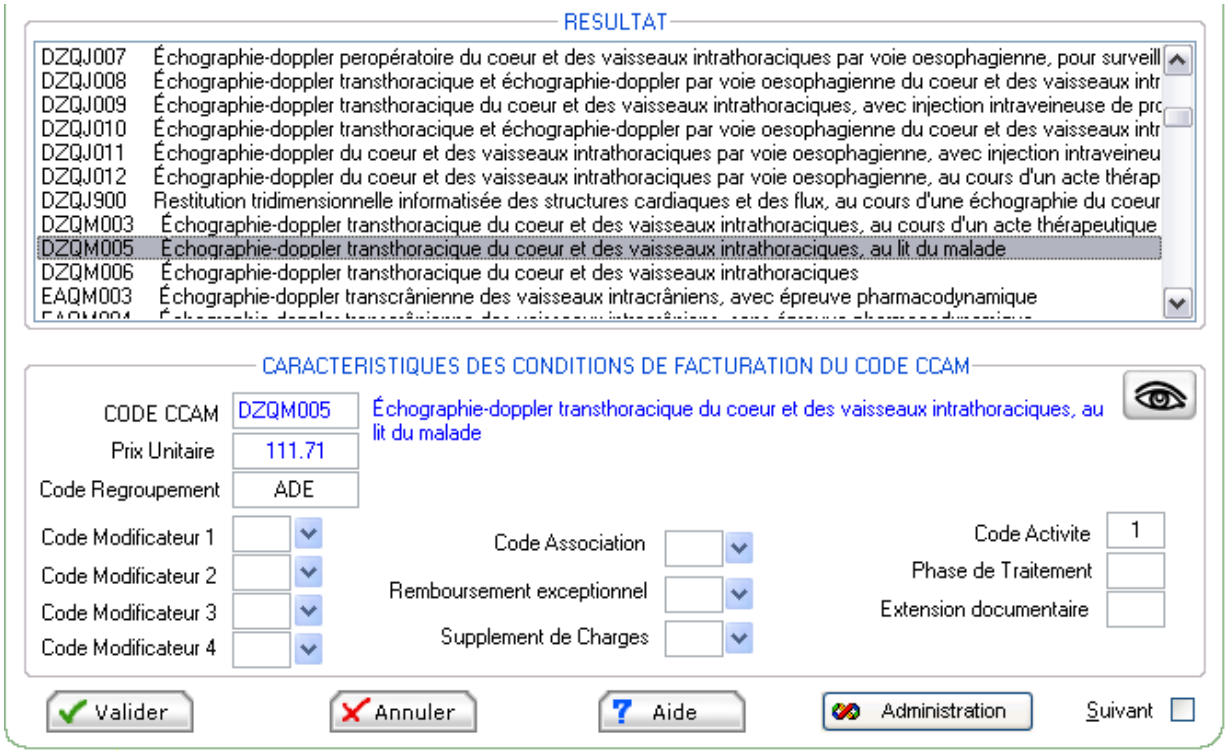
Dans référentiel CCAM SESAM-Vitale
Recherche : du mot-clé «**Echographie**» pour sélectionner l'acte EBQM001 «Echographie-doppler…»


Personnalisation d'un Acte Ccam
RECHERCHE
A partir du référentiel C.C.A.M - SESAM-Vitale
A partir du référentiel C.C.A.M - CNAMTS
Code
Rechercher
Chapitre
Recherche prédictive avec le référentiel CNAMTS
Libellé
Echographie
Cadre
00000 - TOUS
RESULTAT
DGQM001 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des mem
DGQM002 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques
DHQM001 Échographie-doppler transthoracique de la veine cave supérieure et de ses affluents chez l'enfant
DHQM002 Échographie-doppler de la veine cave inférieure et de ses affluents
DZQJ001 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Échocardiographie-doppl
DZQJ002 Échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, pour contrôl
DZQJ006 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au lit du malade
DZQJ007 Échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, pour surveill
DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intr
DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de pro
DZQJ010 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intr
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM DZQJ001
Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Échocardiographie-doppler transoesophagienne]
Prix Unitaire 143.08
Code Regroupement ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite 1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

Remarque : Si vous effectuez une recherche à partir du référentiel CCAM CNAMTS vous pouvez associer les zones de recherche "Code" et "Libellé" (avec la possibilité de saisir jusqu'au 10 mots clé dans le libellé)

2. Résultat de la recherche et sélection de l'acte CCAM à intégrer

Affichage du résultat de la recherche


RESULTAT
DZQJ007 Échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, pour surveill
DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intr
DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de pr
DZQJ010 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intr
DZQJ011 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineu
DZQJ012 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au cours d'un acte thérap
DZQJ900 Restitution tridimensionnelle informatisée des structures cardiaques et des flux, au cours d'une échographie du coeur
DZQM003 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
EAQM003 Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, avec épreuve pharmacodynamique
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM
DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Prix Unitaire
111.71
Code Regroupement
ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite
1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

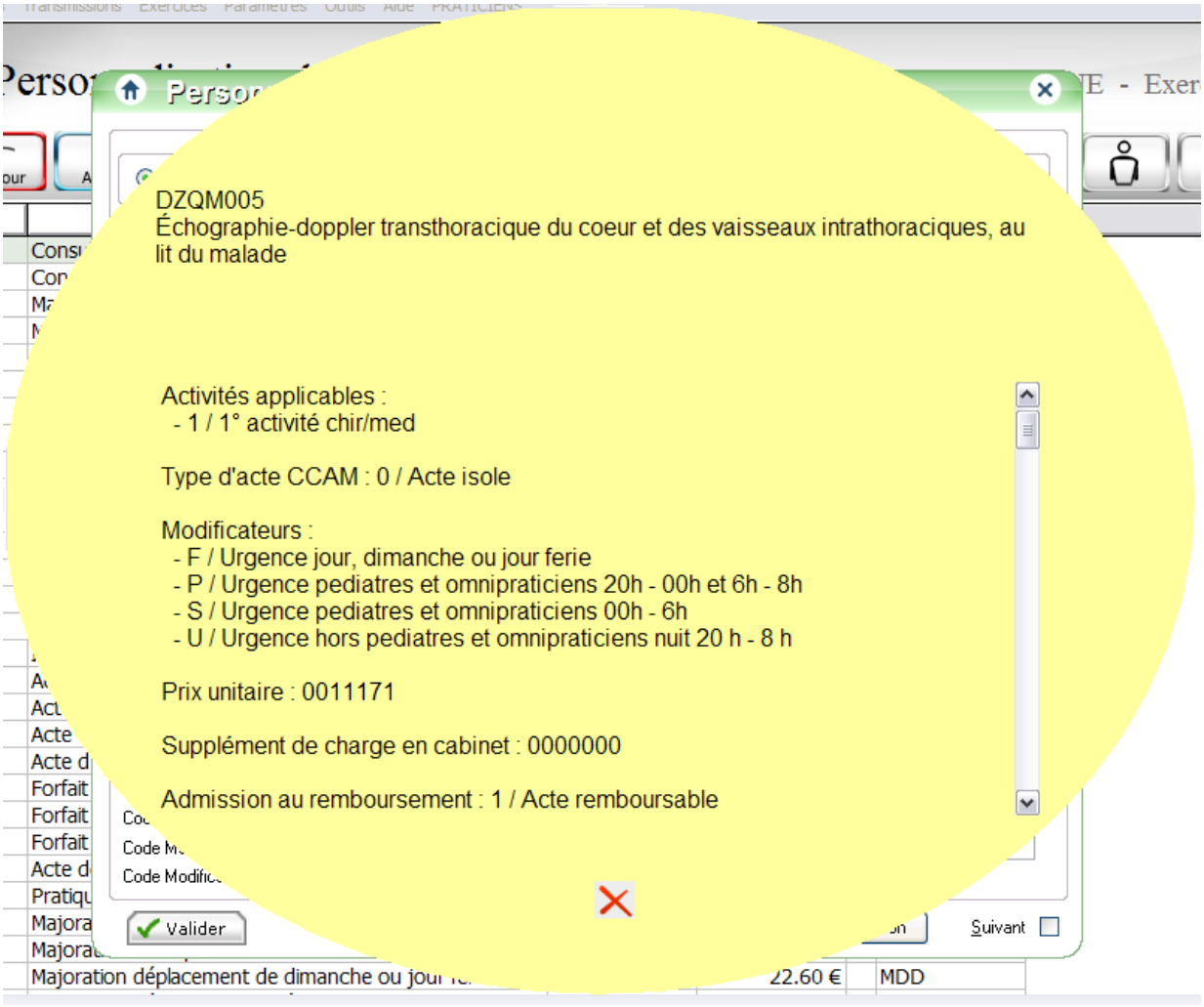
Sélectionnez l'acte en cliquant sur le libellé, ce qui entraîne l'affichage des caractéristiques, des conditions d'association et conditions de facturation du code acte dans la partie 3 de l' écran

Attention : Vérifiez tous ces paramètres dans les parties 3 et 4 de l'écran avant validation.

3. Règles d'utilisation

Visualisation détaillée

Le bouton permet de voir le libellé long de l'acte CCAM dans une plus grande police de caractères avec la liste détaillée des caractéristiques et conditions d'association d'actes et de facturation.


DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Activités applicables :
- 1 / 1° activité chir/med
Type d'acte CCAM : 0 / Acte isole
Modificateurs :
- F / Urgence jour, dimanche ou jour ferie
- P / Urgence pediatres et omnipraticiens 20h - 00h et 6h - 8h
- S / Urgence pediatres et omnipraticiens 00h - 6h
- U / Urgence hors pediatres et omnipraticiens nuit 20 h - 8 h
Prix unitaire : 0011171
Supplément de charge en cabinet : 0000000
Admission au remboursement : 1 / Acte remboursable
Valider
Suivant
Majoration déplacement de dimanche ou jour
22.60 €
MDD

4. Modalités de facturation

Chaque acte a un prix de base mais plusieurs paramètres peuvent intervenir pour le calcul définitif du montant d'une prestation :

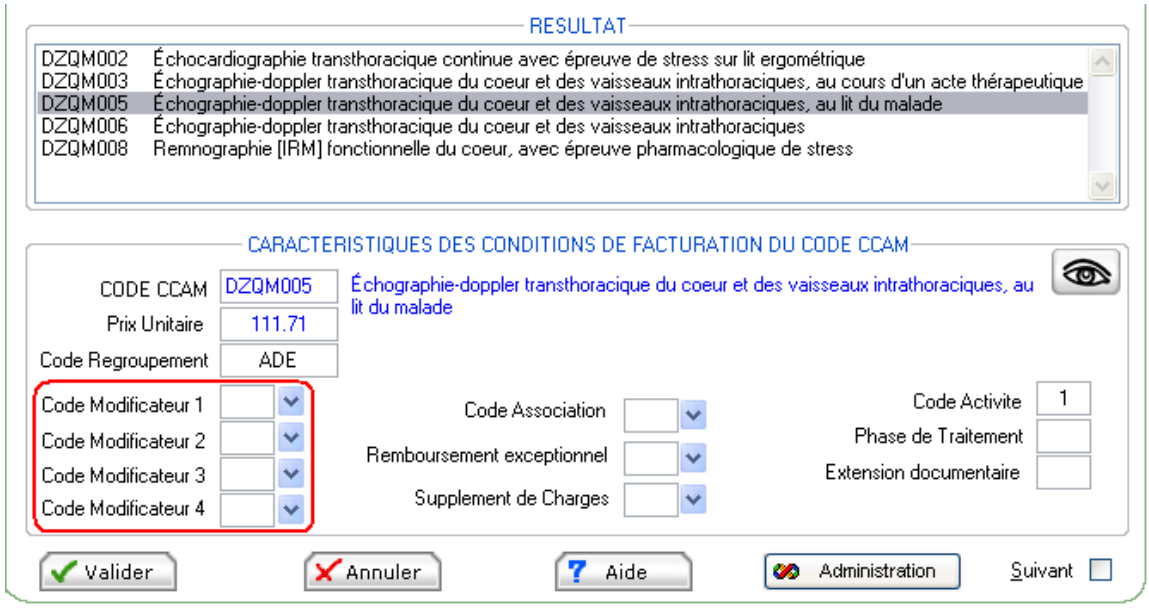
- les codes modificateurs
- les associations de codes actes
- les codes remboursements exceptionnels
- les codes supplément de charges

Ces caractéristiques de facturation sont indiquées dans la visualisation détaillée (Partie 3 de l' écran) et peuvent être initialisées directement au niveau de l'acte.

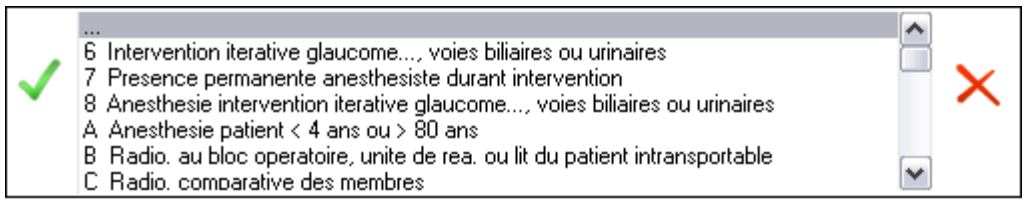
Les codes Modificateurs :

Les modificateurs sont des informations associées à un libellé pour décrire et éventuellement valoriser une circonstance particulière de réalisation de l'acte. (Détail des valeurs monétaires et pourcentages des modificateurs, voir chapitre : Les annexes) 46

Exemple **:** "**U**rgence, Nuit, Jours fériés, Enfant…."


RESULTAT
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM003 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQM008 Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, avec épreuve pharmacologique de stress
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Prix Unitaire 111.71
Code Regroupement ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite 1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

En fin de zone, un clic sur affiche la liste déroulante des codes modificateurs


...
6 Intervention iterative glaucome..., voies biliaires ou urinaires
7 Presence permanente anesthesiste durant intervention
8 Anesthesie intervention iterative glaucome..., voies biliaires ou urinaires
A Anesthesie patient < 4 ans ou > 80 ans
B Radio. au bloc operatoire, unite de rea. ou lit du patient intransportable
C Radio. comparative des membres

Sélectionnez le code souhaité dans la liste et validez par

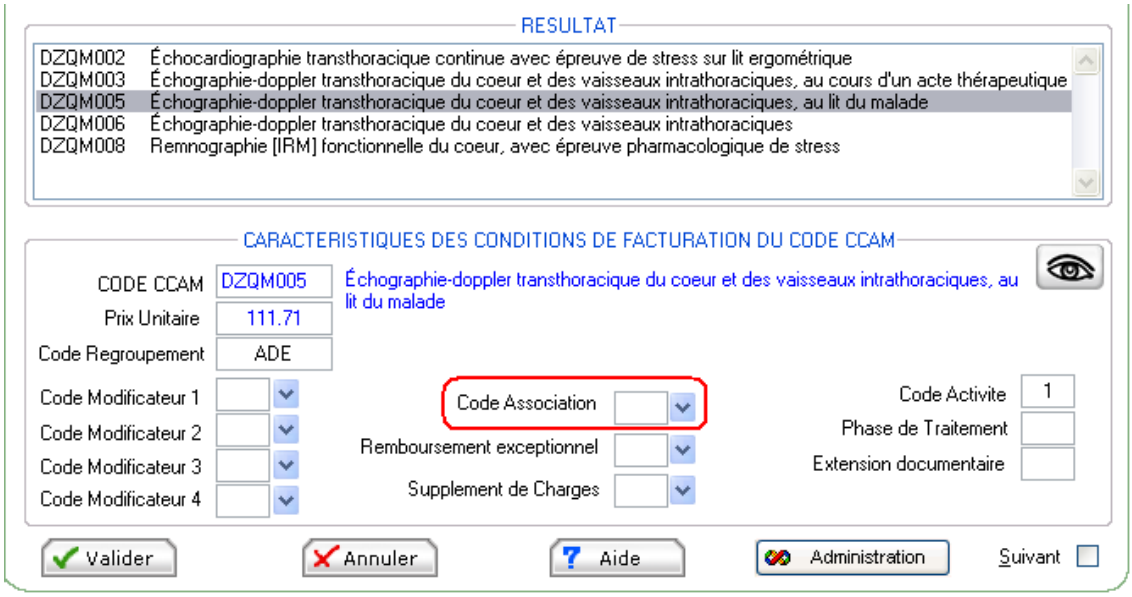
annule la sélection et referme la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Code Modificateur"

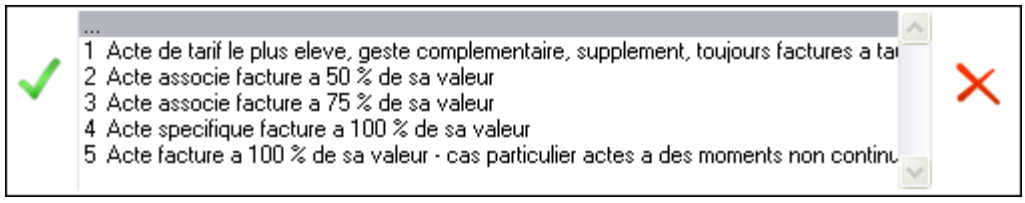
Les codes Associations d'actes :

Les associations non prévues, non prévisibles ou trop nombreuses à décrire, permettent de rembourser des associations d'actes non répertoriées, mais non exclues. (Gestion des codes associations, voir chapitre : Les annexes) 46

Exemple **:** "**1** – association non répertoriée même mode d'accès technique"


RESULTAT
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM003 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQM008 Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, avec épreuve pharmacologique de stress
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Prix Unitaire 111.71
Code Regroupement ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite 1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

En fin de zone, un clic sur affiche la liste déroulante des codes associations


...
1 Acte de tarif le plus eleve, geste complementaire, supplement, toujours factures a ta
2 Acte associe facture a 50 % de sa valeur
3 Acte associe facture a 75 % de sa valeur
4 Acte specifique facture a 100 % de sa valeur
5 Acte facture a 100 % de sa valeur - cas particulier actes a des moments non continu

Sélectionnez le code souhaité dans la liste et validez par

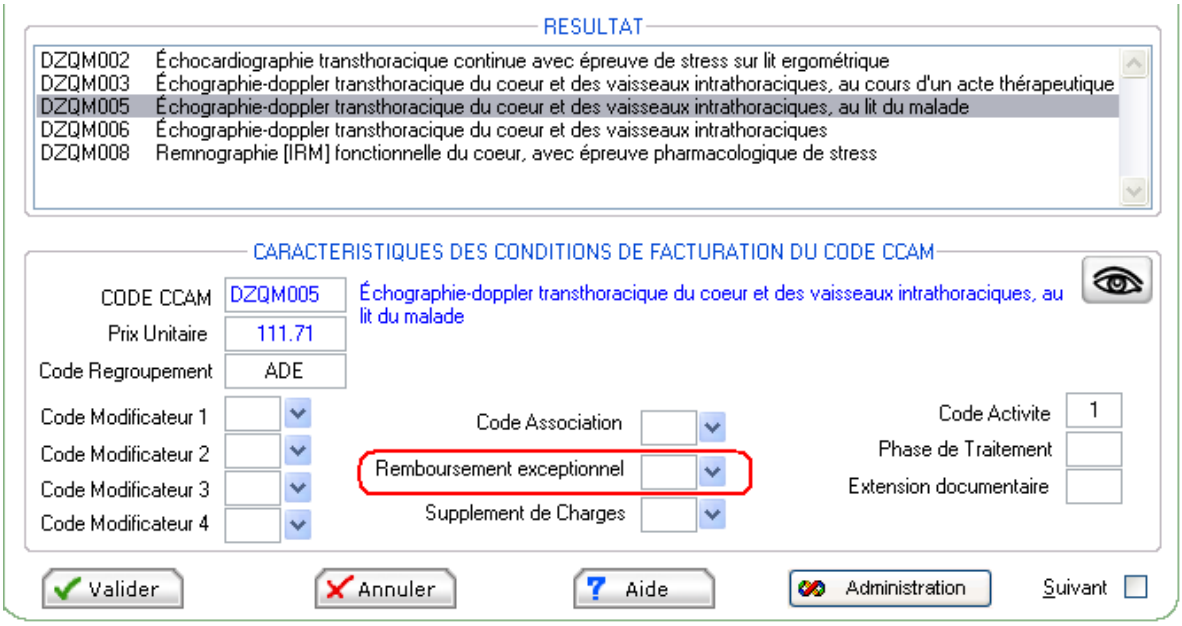
annule la sélection et referme la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Code Association"

Les codes Remboursements exceptionnels :

Pour chaque acte, la nomenclature précise : "remboursable, non remboursable, remboursable selon circonstances". Le Praticien pourra indiquer ou forcer le remboursement exceptionnel de l'acte non remboursable.

Exemple **:** "**O** – Remboursable"


RESULTAT
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM003 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQM008 Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, avec épreuve pharmacologique de stress
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM
DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Prix Unitaire
111.71
Code Regroupement
ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite
1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

En fin de zone, un clic sur affiche la liste déroulante des codes Remboursement exceptionnel

Sélectionnez le code souhaité dans la liste et validez par

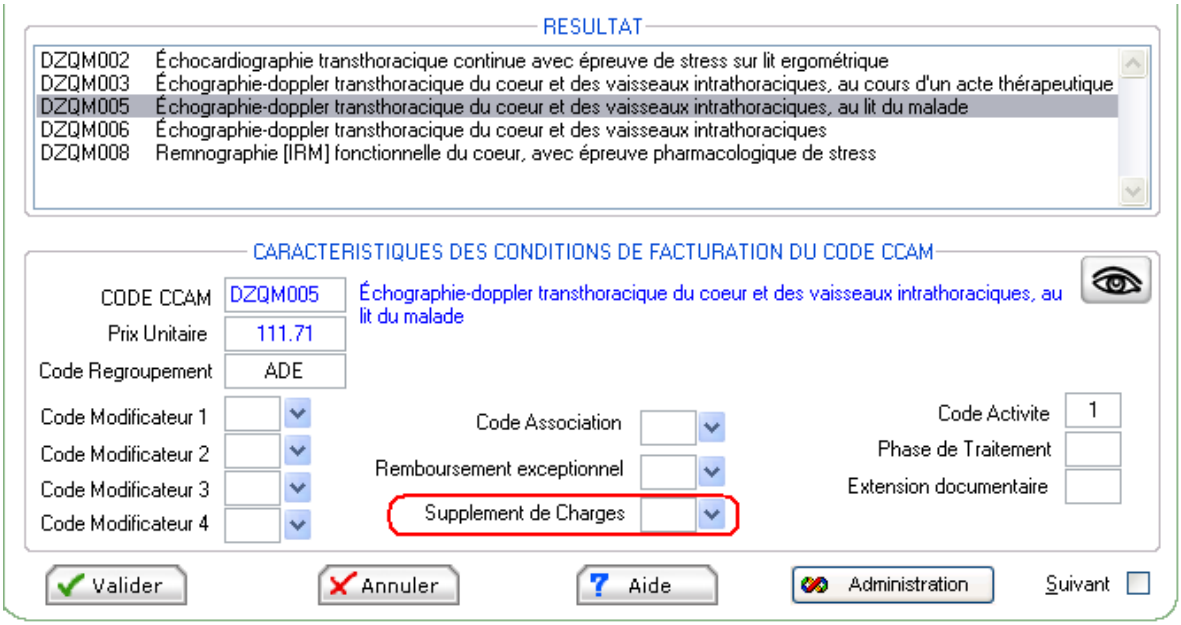
annule la sélection et referme la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Remboursement exceptionnel"

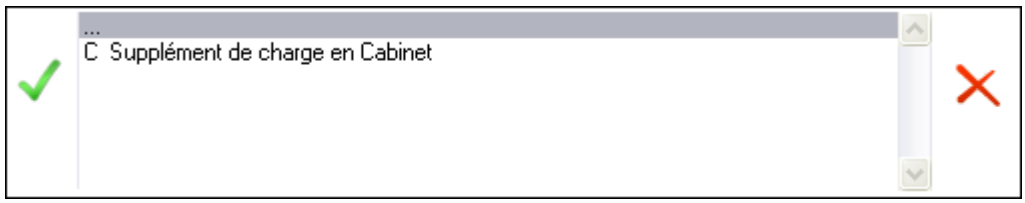
Les codes Supplément de charges en cabinet :

L'indication de ce code sur la facture permet la facturation d'un montant de charges supplémentaires liées à l'exécution de l'acte en cabinet ou centre de santé à ajouter au prix unitaire de l'acte.

Exemple **:** "**C** – Supplément de Charges en Cabinet"


RESULTAT
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM003 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQM008 Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, avec épreuve pharmacologique de stress
CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS DE FACTURATION DU CODE CCAM
CODE CCAM DZQM005
Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
Prix Unitaire 111.71
Code Regroupement ADE
Code Modificateur 1
Code Modificateur 2
Code Modificateur 3
Code Modificateur 4
Code Association
Remboursement exceptionnel
Supplement de Charges
Code Activite 1
Phase de Traitement
Extension documentaire
Valider
Annuler
Aide
Administration
Suivant

En fin de zone, un clic sur affiche la liste déroulante des codes Supplément de charges



Sélectionnez le code souhaité dans la liste et validez par

annule la sélection et referme la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Supplément Charges"

5. Options sur sélection

Valider Confirme la personnalisation de l'acte CCAM sélectionné avec ses éventuelles conditions de et l'intègre dans la liste des prestations personnalisées

Annuler Retourne à la liste personnalisée

Aide Affiche l'aide

Suivant Si coché permet d'enchaîner plusieurs personnalisations et intégrations d'actes sans repasser par l'écran personnalisation des prestations

Administration sert à consulter/modifier dans le référentiel SESAM-vitale, les valeurs liées à l' acte CCAM

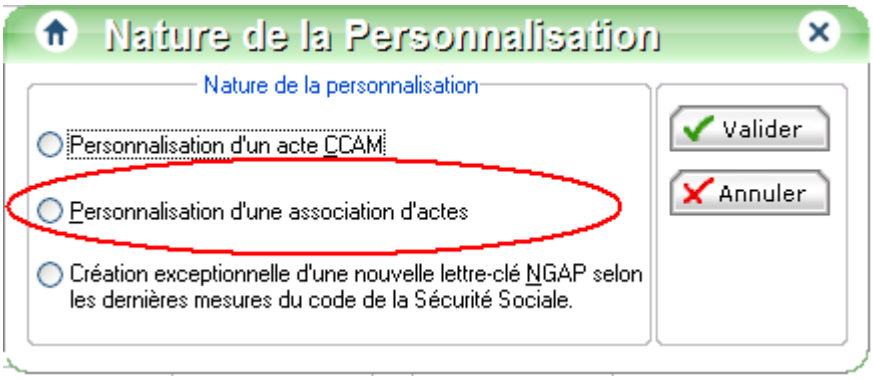
3.6.3 Paramétrage des codes actes en série

Vous pouvez personnaliser les prestations les plus souvent utilisées dans votre spécialité et associer plusieurs codes NGAP ou CCAM en respectant bien entendu les règles d'association.

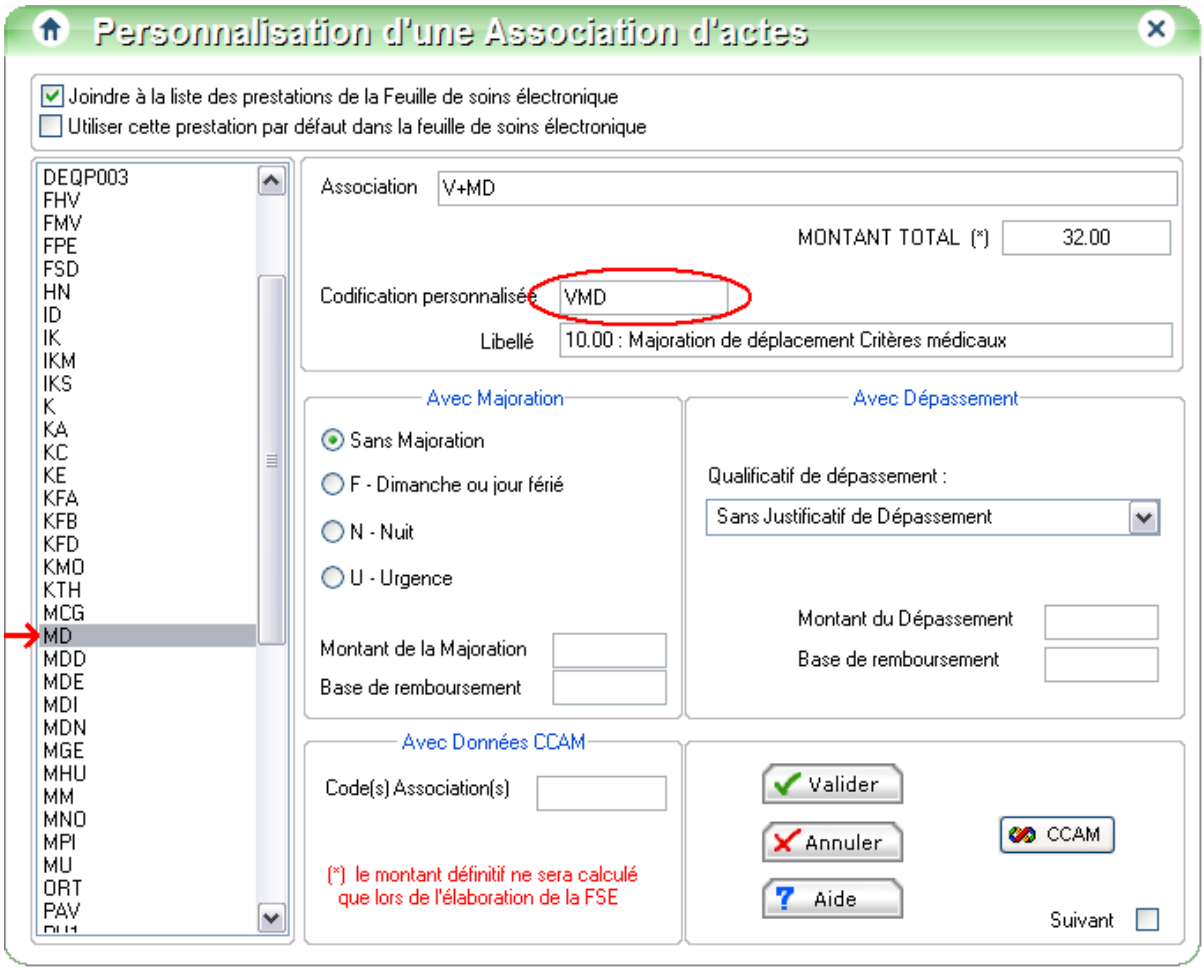
Depuis le menu personnalisation des prestations

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**


Nature de la Personnalisation
Nature de la personnalisation
Personnalisation d'un acte CCAM
Personnalisation d'une association d'actes
Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-clé NGAP selon les dernières mesures du code de la Sécurité Sociale.
Valider
Annuler

Association de code NGAP :



Double-cliquez dans la liste (partie gauche de l'écran) sur le premier code acte de la série puis sur les actes suivants. Ceux-ci s'affichent dans la zone "Association"
Vous pouvez aussi saisir directement au clavier dans la zone "Association" les codes actes de la série (Ex: V+MD)

Si majoration, cochez l'option **F-Dimanche** ou **N-Nuit** et tapez le tarif

Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence** ou autre et tapez le tarif

Double-cliquez dans la zone **Codification personnalisée** et tapez un code abrégé de la série.

Dans la partie haute de l'écran :

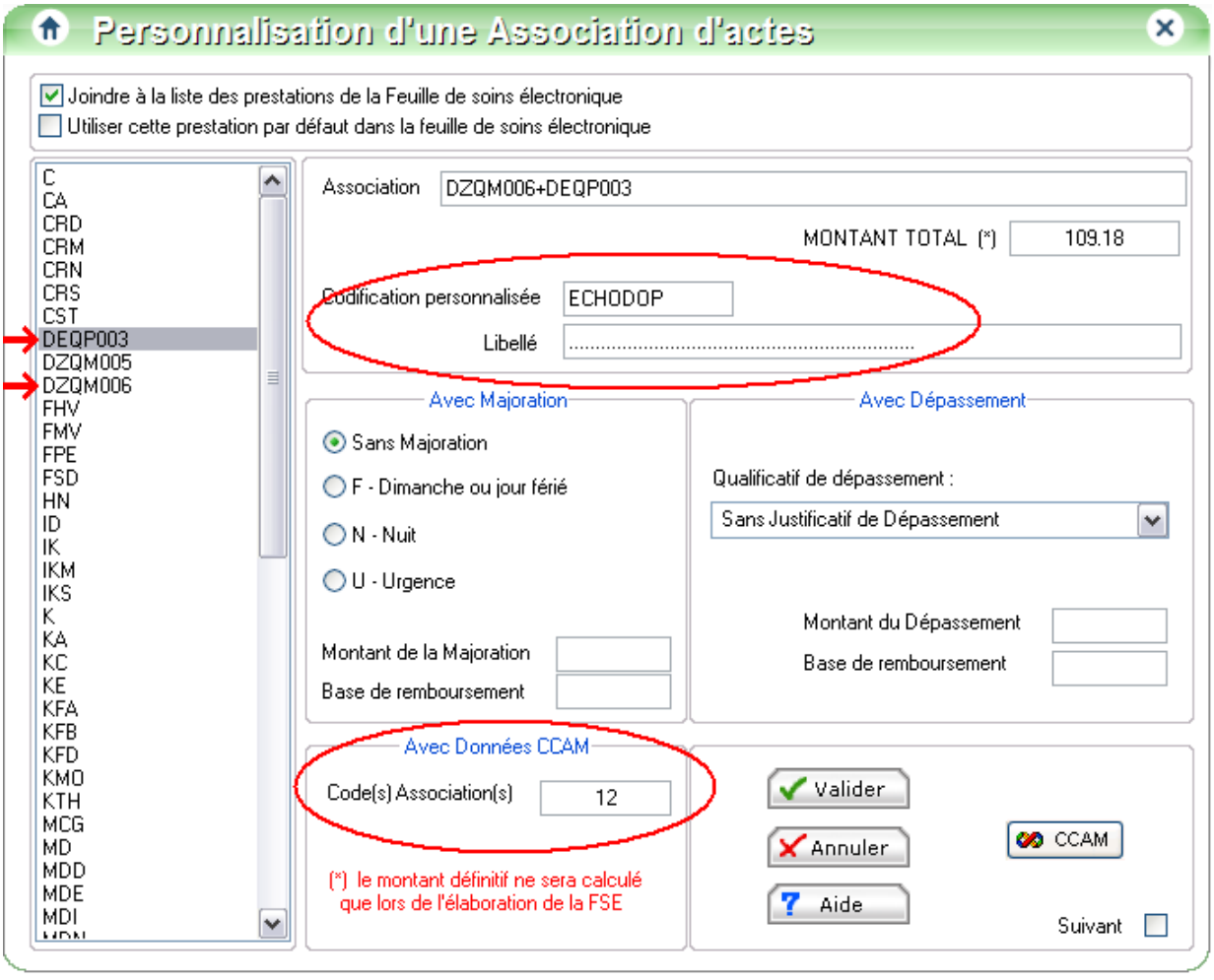
- **Joindre à la liste des prestations de la FSE** doit être cochée si vous voulez utiliser ce code acte lors de l'élaboration de la feuille de soins électroniques *(indication dans la grille par ✓).*
- **Utiliser cette prestation par défaut dans la FSE** doit être cochée si vous voulez ajouter par défaut la prestation dans la feuille de soins électronique lors de sa création.

Confirmez la création en cliquant sur le bouton Valider

En bas de l'écran : la case "Suivant ☑" sert à refaire automatiquement le même traitement pour une autre prestation si elle est cochée.

Association d'actes CCAM :

La procédure est la même que pour une association de code NGAP avec l'obligation de renseigner, dans la plupart des cas, les codes associations dans le cadre "Avec Données CCAM"



Un code association doit s'appliquer pour chaque acte de l'association.
A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels quand ils sont en pourcentage ; ce pourcentage ne s'applique pas aux modificateurs en valeur monétaire.

Cas général : l'association de deux actes, le 1er à 100% et le 2ème à 50%

Saisir dans le champ "Code(s) Association(s)" **12** (code 1=>100% et code 2=>50%)

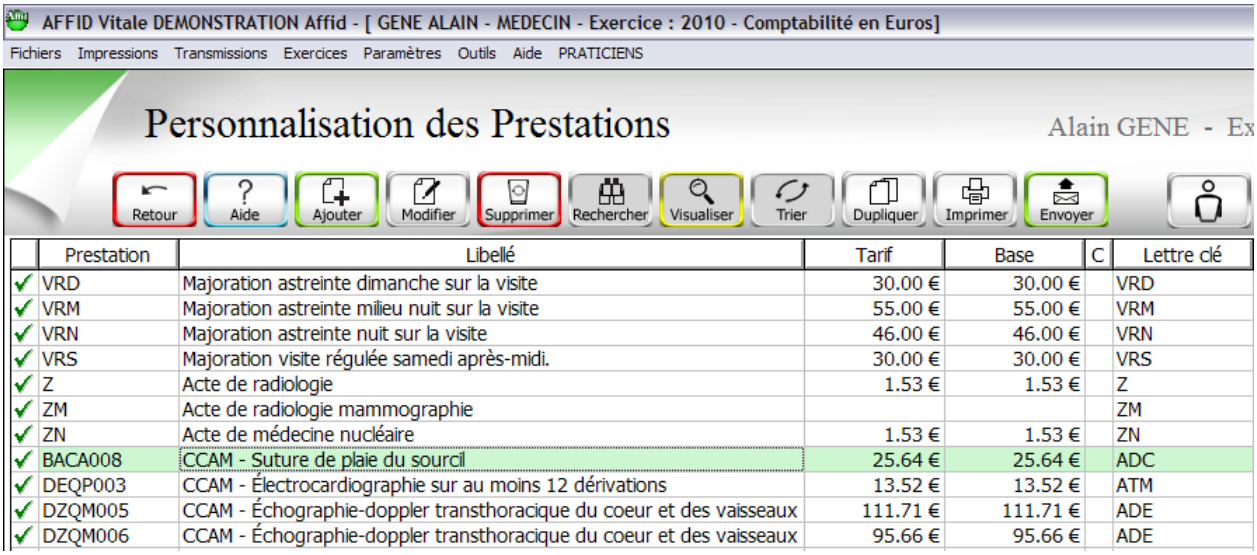
Remarque : Le montant total de l'association d'actes CCAM est le montant de base cumulé des actes (sans tenir compte des modificateurs et codes associés) et ne correspond en aucun cas au montant définitif qui ne sera calculé que lors de l'élaboration de la FSE

Correspondance des codes associations (Voir chapitre : Les annexes 46)

3.6.4 Personnalisation d'un code CCAM ou NGAP

Vous ne pouvez pas ajouter à votre liste d'actes personnalisés plusieurs fois le même code acte avec des modificateurs différents par cette procédure, le dernier acte validé écrasera le précèdent. Pour pouvoir effectuer cette opération :

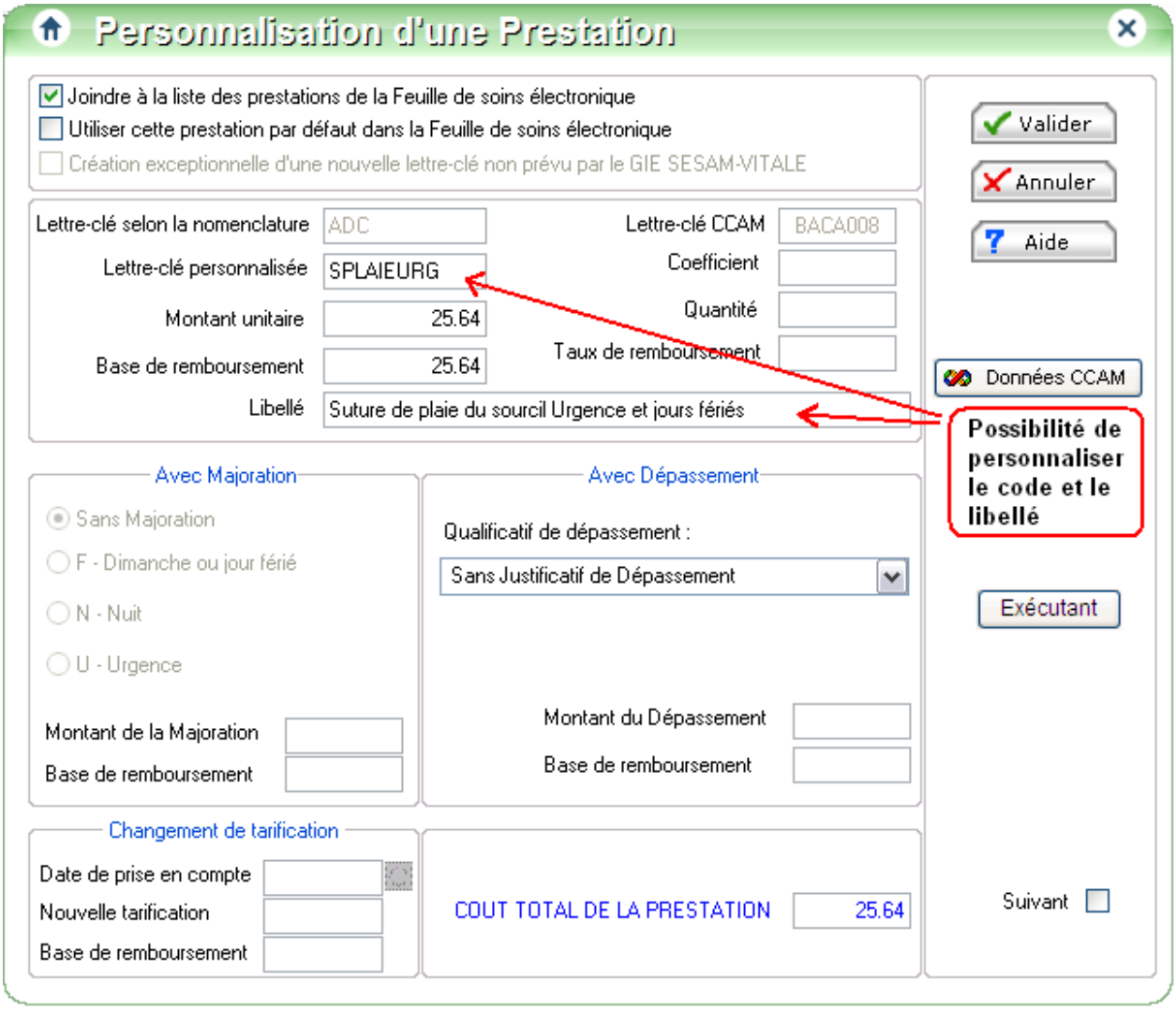
Partir de la liste des actes personnalisés


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Personnalisation des Prestations
Alain GENE - Ex
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

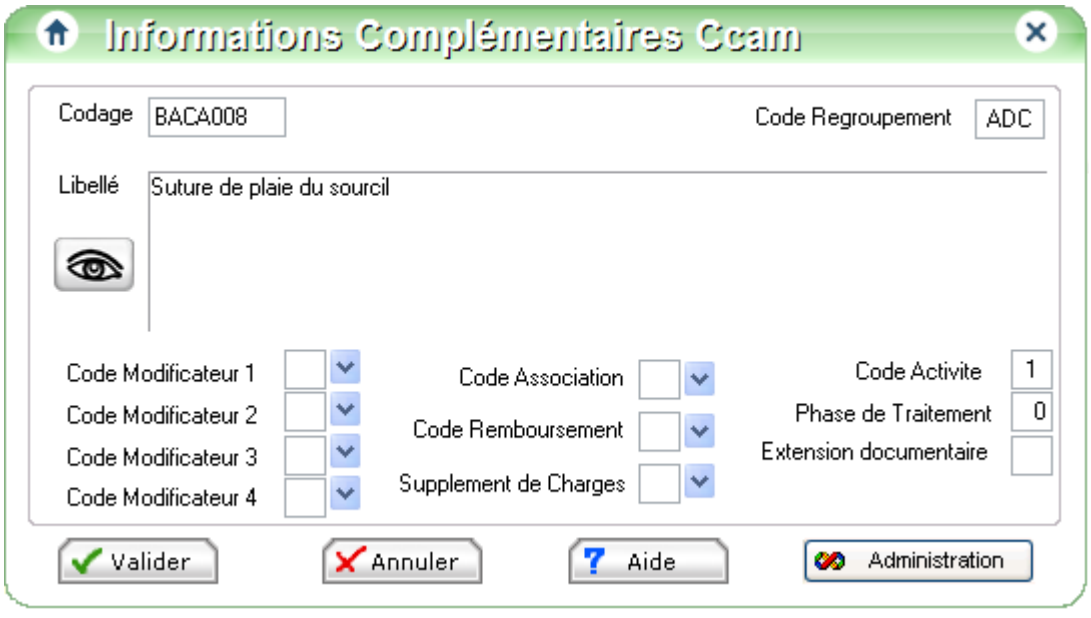
	Prestation	Libellé	Tarif	Base	C	Lettre clé
✓	VRD	Majoration astreinte dimanche sur la visite	30.00 €	30.00 €		VRD
✓	VRM	Majoration astreinte milieu nuit sur la visite	55.00 €	55.00 €		VRM
✓	VRN	Majoration astreinte nuit sur la visite	46.00 €	46.00 €		VRN
✓	VRS	Majoration visite régulée samedi après-midi.	30.00 €	30.00 €		VRS
✓	Z	Acte de radiologie	1.53 €	1.53 €		Z
✓	ZM	Acte de radiologie mammographie				ZM
✓	ZN	Acte de médecine nucléaire	1.53 €	1.53 €		ZN
✓	BACA008	CCAM - Suture de plaie du sourcil	25.64 €	25.64 €		ADC
✓	DEQP003	CCAM - Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	13.52 €	13.52 €		ATM
✓	DZQM005	CCAM - Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux	111.71 €	111.71 €		ADE
✓	DZQM006	CCAM - Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux	95.66 €	95.66 €		ADE

Sélectionnez l'acte à dupliquer et cliquer sur le bouton

ou faites **F8-Copier**

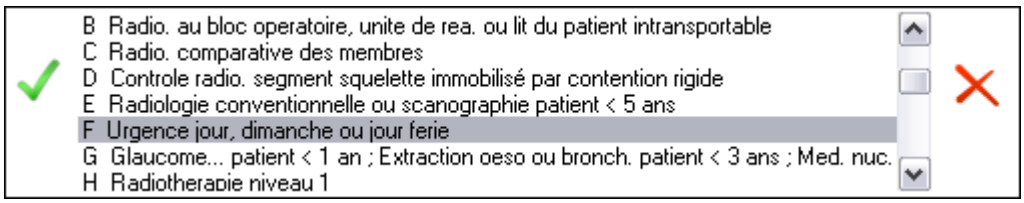


Cliquez sur le bouton pour accéder aux conditions de facturation



Permet de visualiser les caractéristiques et conditions de facturation applicable à l'acte sélectionné

Pour sélectionner un code cliquez sur propose tous les codes de la CCAM


B Radio. au bloc operatoire, unite de rea. ou lit du patient intransportable
C Radio. comparative des membres
D Controle radio. segment squelette immobilisé par contention rigide
E Radiologie conventionnelle ou scanographie patient < 5 ans
F Urgence jour, dimanche ou jour ferie
G Glaucome... patient < 1 an ; Extraction oeso ou bronch. patient < 3 ans ; Med. nuc.
H Radiotherapie niveau 1

Pour enregistrer l'acte dans votre liste personnalisée. Il est alors codé automatiquement avec le même code acte CCAM de référence mais avec une extension _* (*=1 à 9) et peut être utilisé ainsi pour une personnalisation d'acte en série.

3.6.5 Suppression d'une prestation personnalisée

Pour enlever un code acte dans la liste :

Sélectionnez l'acte que souhaitez supprimer

Cliquez sur le bouton

ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression

3.6.6 Les annexes

Les codes associations

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels quand ils sont en pourcentage ; ce pourcentage ne s'applique pas aux modificateurs en valeur monétaire.

Cas général : l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent-être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème Acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. Il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Par dérogation à ces dispositions :

1. l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 75% de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent être codés et tarifés en plus et à taux plein.

   Cette règle s'applique aux actes de chirurgie portant sur : des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème Acte	3	75%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

   Dans le cas d'une association de 2 codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

2. Dans certains cas, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à 100% le second à 75% de sa valeur et le troisième à 50% de sa valeur, à l' exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent être codés et tarifés en plus et à taux plein.

   Cette règle s'applique aux actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et

récentes.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème Acte	3	75%
3ème Acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 3 codes dont 2 sont, soit des gestes complémentaires, soit des suppléments, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée.

3. Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membre et tête, membres et thorax, membre et abdomen, tête et abdomen , thorax et abdomen, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas là, deux actes au plus peuvent être tarifiés à taux plein. Coder « 4 » pour chacun.
   Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être associé à aucun autre acte.

4. Dans certain cas, plusieurs actes peuvent être associés et tarifiés à taux plein.
   Cette règle s'applique aux :
   - actes de radiologie conventionnelle associés entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
   - aux actes de guidage radiologique ou scanographique associé à un autre acte ;
   - actes d'électrodiagnostic de stimulation et d'électromyogramme, quel que soit le nombre d'actes ;
   - actes d'irradiation en radiothérapie, quel que soit le nombre d'actes ;
   - actes de médecine nucléaire, deux actes aux plus
   - actes associables aux forfait de cardiologie et aux forfaits de réanimation qui sont introduits par la note « coder éventuellement en supplément ».

   Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membre et tête, membres et thorax, membre et abdomen, tête et abdomen , thorax et abdomen, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas là, deux actes au plus peuvent être tarifiés à taux plein. Coder « 4 » pour chacun.

   - Si ces actes sont associés entre eux, coder 4 pour chacun d'entre eux.
   - Si des actes décrits aux paragraphes précédents 1,2 ou 3 sont des actes associés avec des actes décrits au paragraphe 4, les premiers suivent les règles qui leur correspondent avec les codes adéquats ; pour les seconds, le code « 4 » est remplacé par le code « 1 » ..

5. Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation en application des articles D0712-104 et D.712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, le code association est « 5 » pour chaque acte

.

Les codes modificateurs en CCAM V2

Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs

Codes	Libellé	Valeurs
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 8 h	**25,15 €**
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 0h et de 6h à 8h	**35,00 €**
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 0h à 6h	**40,00 €**
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	**19,06 €**
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient.	**26,88 €**
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans.	**23,00 €**
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans.	**+49%**
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans.	**+25%**
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	**+25%**
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	**+20%**
R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains.	**+50%**
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte.	**+20%**
J	Majoration transitoire de chirurgie.	**+6,5%**
K	Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J.	**+11,5%**
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention.	**+4%**
C	Réalisation d'une radiographie comparative.	**+49%**
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide.	**+24%**
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue.	**+21,8%**

Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue.	**+15,8%**
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable.	**+49%**
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1.	**+100%**
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2.	**+200%**
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3.	**+300%**
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4.	**+400%**

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Dans le cas d'une association d'acte, un seul modificateur urgence (M,U, P, S ou F) peut être facturé.

Remarque : par rapport à un acte CCAM vous devez toujours contrôler la validité d'utilisation d' un code modificateur (voir chapitre : Paramétrage des codes actes CCAM) 30

Les prix indiqués correspondent aux référenciels Sésam-Vitale de Mai 2010. La remise à niveau de ces référenciels rentre dans le cadre du contrat d'assitance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : ***www.affid.com***

Abrégé de Nomenclature CCAM pour les généralistes

Aucun acte CCAM n'est cumulable avec le C ou le V, **sauf** l'ECG : C+DEQP003 +/- YYYY490 +/- MD +/- Maj …

Rajouter le cas échéant les majorations de nuit, férié, de régulation…

Le K14 disparaît et est remplacé par le modificateur M (au cabinet)

ACTES D'URGENCE	Codes CCAM	Modificateur	Prix en Euros
Plaies			
Parage / suture de plaie superficielle **de moins de 3 cm** de grand axe **en dehors de la face**	**QZJA002**	**M**	**50,47**
Parage et/ou suture de plaie superficielle **de 3 à 10 cm de grand axe en dehors de la face**	**QZJA017**	**M**	**65,67**
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous **de 3 à 10 cm de grand axe en dehors de la face et de la main**	**QZJA012**	**M**	**80,21**
Parage / suture de plaie superficielle de **la face** de **moins de 3 cm**	**QAJA013**	**M**	**58,23**
Parage / suture de plaie superficielle **de la face** de **3 à 10 cm** de grand axe	**QAJA005**	**M**	**83,22**
Suture de Plaie du **sourcil**	**BACA008**	**M**	**52,52**
Suture d'une plaie cutanée d'une **paupière**, sans atteinte du bord libre	**BACA002**	**M**	**52,52**
Parage et/ou suture **du nez**	**GAJA002**	**M**	**64,71**
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante **de lèvre**	**HAJA003**	**M**	**53,20**
Ablation **de corps étranger superficiel** du **visage ou des mains**	**QAGA003**		**40,72**
Parage et/ou suture d'une plaie **pulpo-unguéale**	**QZJA022**	**M**	**91,32**
Tamponnement nasal antérieur (épistaxis)	**GABD002**	**M**	**51,02**
Contentions et Immobilisations			
Confection d'une immobilisation souple du **Membre Sup**	**MZMP001**	**M**	**58,23**
Confection d'une contention souple du **genou**	**NFMP001**	**M**	**68,68**
Confection d'une contention souple de **la cheville et/ou du pied**, ou confection d'une semelle plâtrée	**NGMP001**	**M**	**47,78**
Brûlures			
Pansement chirurgical initial de brûlure sur **l'extrémité céphalique**	**QAJA014**		**77,97**
Pansement chirurgical initial de brûlure sur **1 main**	**QCJA003**		**66,46**
Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins **1%** de la surface corporelle	**QZJA020**		**32,10**
Le pansement secondaire de brûlure inclut l'ablation de l'ancien pansement, la détersion de la brûlure et la réfection du nouveau			
Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur **moins de 1%** de la surface corporelle	**QZJA003**		**36,61**

ACTES TECHNIQUES	Codes CCAM	Modificateur	Prix en Euros
Ponction / Injections / Evacuations			
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du **membre inférieur**, par voie transcutanée sans guidage	**NZLB001**		**30,82**
Evacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	**NZJB001**		**39,20**
Evacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	**QZJB002**		**23,59**
Évacuation d'une **thrombose hémorroïdaire externe**	**EGJA001**		**62,70**
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	**EGFA007**		**62,70**
Cardio			
ECG 12 dérivations	**DEQP003**		**13,07**
Supplément pour ECG au domicile du patient	**YYYY490**		**9,60**
Divers			
Pose ou changement d'un DIU	**JKLD001**		**38,40**
Frottis cervico vaginal	**JKHD001**		**9,64**
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm2	**QZFA036**		**28,80**
Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardiorespiratoire…) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire - détresse cardiaque - détresse d'origine allergique - état aigu d'agitation - état de mal comitial - détresse d'origine traumatique.	**YYYY010**	**M**	**74,88**

*Les prix indiqués correspondent aux référenciels Sésam-Vitale de Mars 2010. La remise à niveau de ces référenciels rentre dans le cadre du contrat d'assitance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : **www.affid.com***

3.7 Personnalisation des prescripteurs

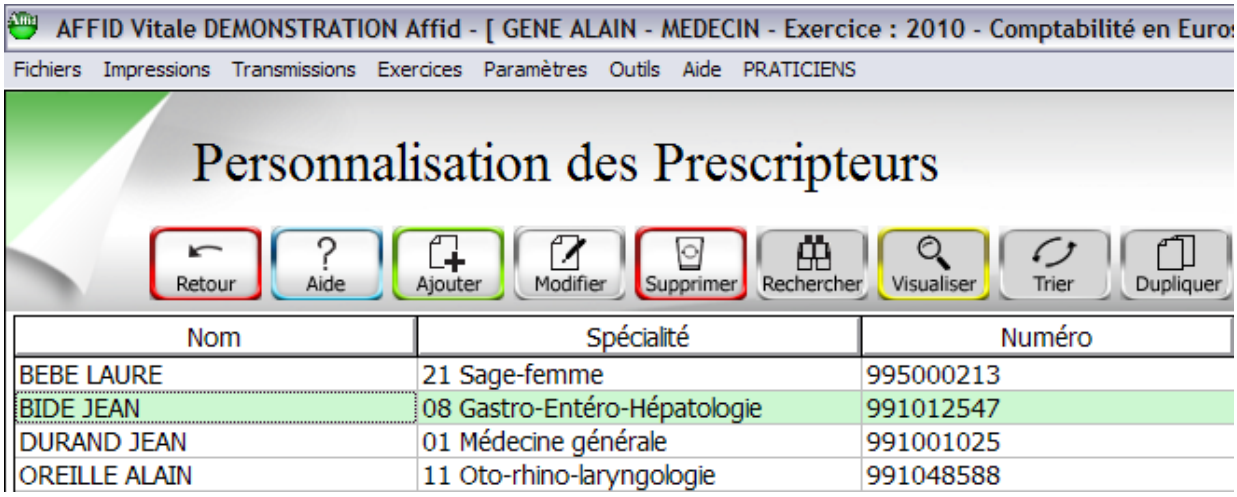
La personnalisation des prescripteurs est prévue pour les Professionnels de Santé Auxiliaires médicaux (Kiné, Orthoptiste, Orthophoniste, Infirmier, Pédicure) qui exécutent une ordonnance prescrite par des Professionnels de Santé Prescripteurs *(Omnipraticien, Spécialiste, Sage-femme).*

Lors de l'élaboration de la feuille de soins, le Professionnel de Santé devra sélectionner le nom du prescripteur dans une liste composée de cette personnalisation.

Paramétrage des prescripteurs

Pour personnaliser les prescripteurs habituels :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des prestations**


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Personnalisation des Prescripteurs
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer
Nom Spécialité Numéro
BEBE LAURE 21 Sage-femme 995000213
BIDE JEAN 08 Gastro-Entéro-Hépatologie 991012547
DURAND JEAN 01 Médecine générale 991001025
OREILLE ALAIN 11 Oto-rhino-laryngologie 991048588

Création d'un prescripteur

Pour créer un prescripteur :

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**

Saisissez le nom du prescripteur, son numéro ADELI et sa spécialité

Confirmez la création en cliquant sur le bouton

Modification d'un prescripteur

Pour modifier un prescripteur dans la liste:

Sélectionnez le prescripteur dans la liste

Cliquez sur le bouton Modifier ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par Valider

Suppression d'un prescripteur

Pour enlever un prescripteur dans la liste :

Sélectionnez le prescripteur dans la liste

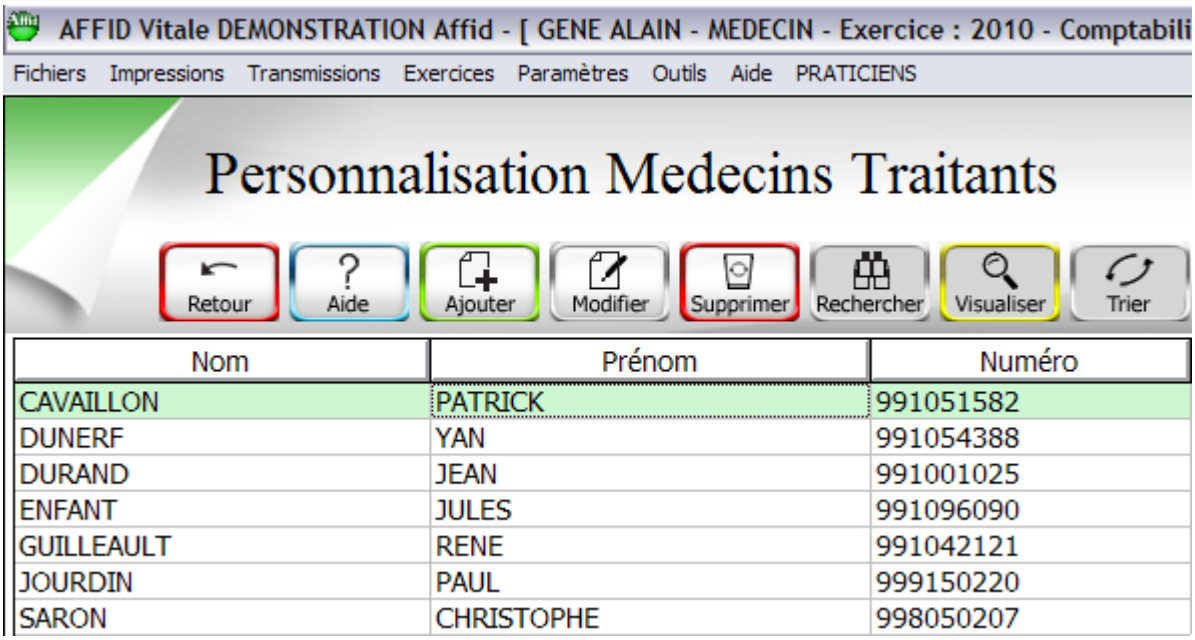
Cliquez sur le bouton Supprimer ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par Valider

3.8 Personnalisation des médecins traitants

Vous pouvez enregistrer dans le logiciel une sélection de médecins traitants. Cette liste vous sera alors proposée dans la saisie du parcours de soins lors de l'ajout des feuilles de soins.

Pour personnaliser les médecins traitants habituels :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des Médecins traitants**



Nom	Prénom	Numéro
CAVAILLON	PATRICK	991051582
DUNERF	YAN	991054388
DURAND	JEAN	991001025
ENFANT	JULES	991096090
GUILLEAULT	RENE	991042121
JOURDIN	PAUL	999150220
SARON	CHRISTOPHE	998050207

Création d'un médecins traitants

Pour créer un médecin traitant :

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**

Saisissez le nom du médecin, son numéro ADELI (le dernier chiffre correspondant à la Clé)

Confirmez la création en cliquant sur le bouton

Modification d'un médecins traitants

Pour modifier un médecin traitant dans la liste:

Sélectionnez le médecin traitant dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par

Suppression d'un médecins traitants

Pour enlever un médecin traitant dans la liste :

Sélectionnez le médecin traitant dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par

3.9 Personnalisation des tiers payants

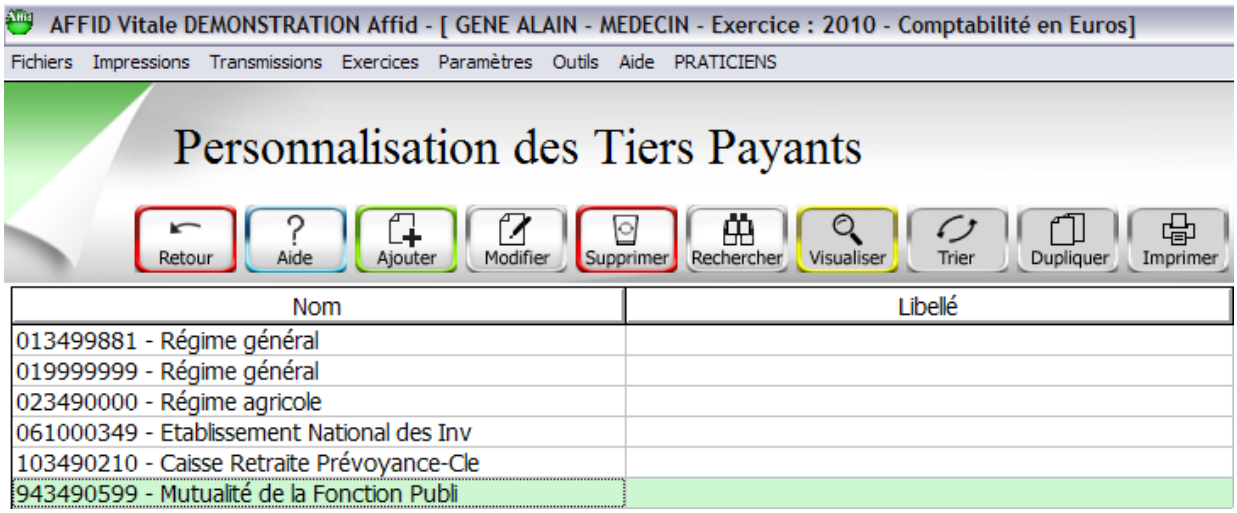
La personnalisation des tiers payants est prévue pour gérer et personnaliser la liste des mutuelles des patients

Les Tiers Payants sont créés et renseignés automatiquement dans la feuille de soins électronique lors de l'application du tiers payant sur la part obligatoire selon les informations de l' organisme d'assurance maladie contenues dans la carte Vitale.

Identification du tiers payant

Pour personnaliser un tiers payant :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des tiers payants**


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Personnalisation des Tiers Payants
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer
Nom
Libellé
013499881 - Régime général
019999999 - Régime général
023490000 - Régime agricole
061000349 - Etablissement National des Inv
103490210 - Caisse Retraite Prévoyance-Cle
943490599 - Mutualité de la Fonction Publi

Création d'un tiers payant

Pour créer un tiers payant :

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**

Paramétrage du Tiers Payant
Cochez cette option si l'organisme est une Mutuelle
le numéro doit comporter 8 chiffres en Gestion Unique et 9 à 10 en Gestion Séparée
Numéro - Nom Tiers Payant
Libellé ou SESAM/VITALE
Valider
Annuler
Aide
Suivant

Saisissez le numéro de la caisse suivi de son nom (CPAM, HAD, ART.115…)

Vous pouvez aussi saisir dans l'autre zone l'adresse ou le numéro de téléphone

Confirmez la création en cliquant sur le bouton

Modification d'un tiers payant

Pour modifier un tiers payant de la liste :

Sélectionnez le tiers payant dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par

Suppression d'un tiers payant

Pour enlever un tiers payant de la liste :

Sélectionnez le tiers payant dans la liste

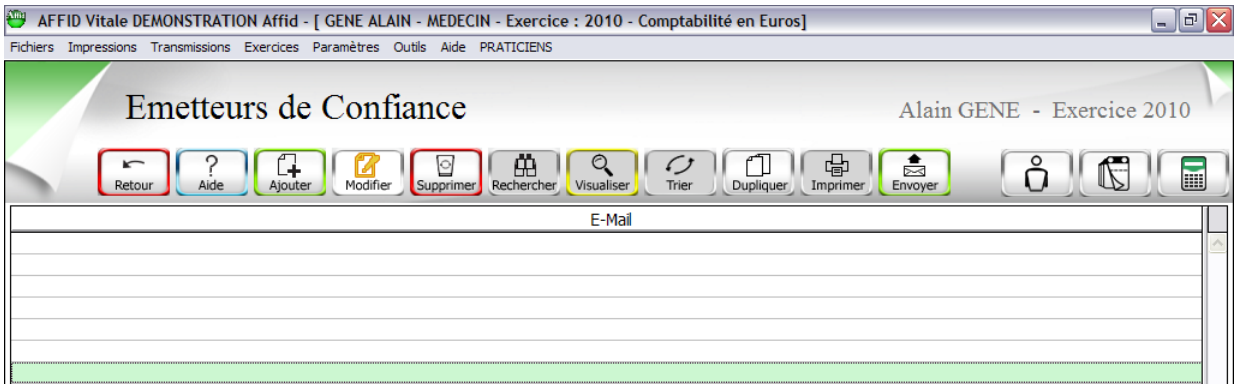
Cliquez sur le bouton

ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par

3.10 Emetteurs de confiance

Le paramètrage des émetteurs de confiance permet répertorier les adresses SMTP des émetteurs habilités à transmettre, dans votre boite SESAM-Vitale, les fichiers normés pour les mises à jour automatiques des tables de conventions et de regroupements associés du logiciel. Ces mises à jour permettent de calculer la part complémentaire ou télétransmettre les DRE.

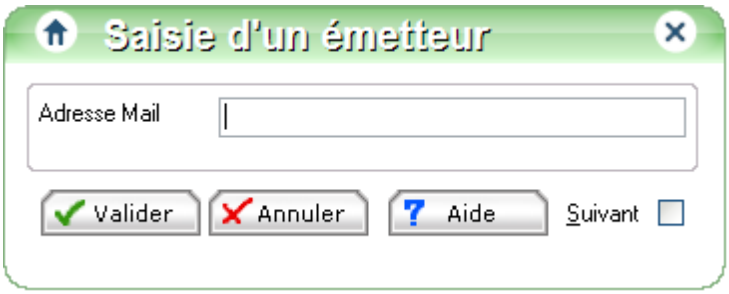
Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des Médecins traitants**


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Emetteurs de Confiance
Alain GENE - Exercice 2010
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer
E-Mail

Ajout d'un Emetteur de confiance

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**



Saisissez l'adresse Email

Confirmez la création en cliquant sur le bouton

Modification d'un Emetteur de confiance

Sélectionnez l'adresse dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par

Suppression d'un Emetteur de confiance

Sélectionnez l'adresse dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par

3.11 Planification des scéances

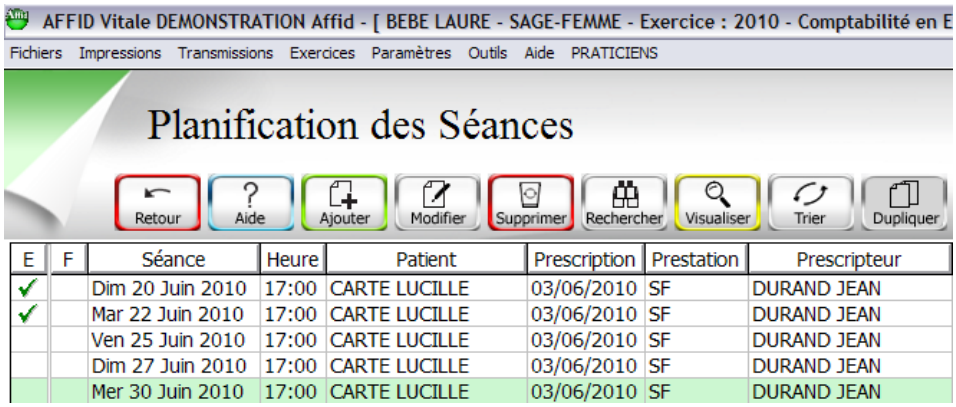
Les auxiliaires médicaux ou autres spécialités peuvent utiliser la planification des séances pour la gestion et le suivi de la facturation des différentes séances de soins effectuées aux patients.

Vous pouvez planifier ici les soins à réaliser au cabinet et/ou au domicile du patient.

Organisation des séances

Pour planifier les séances des patients :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Planification des séances**



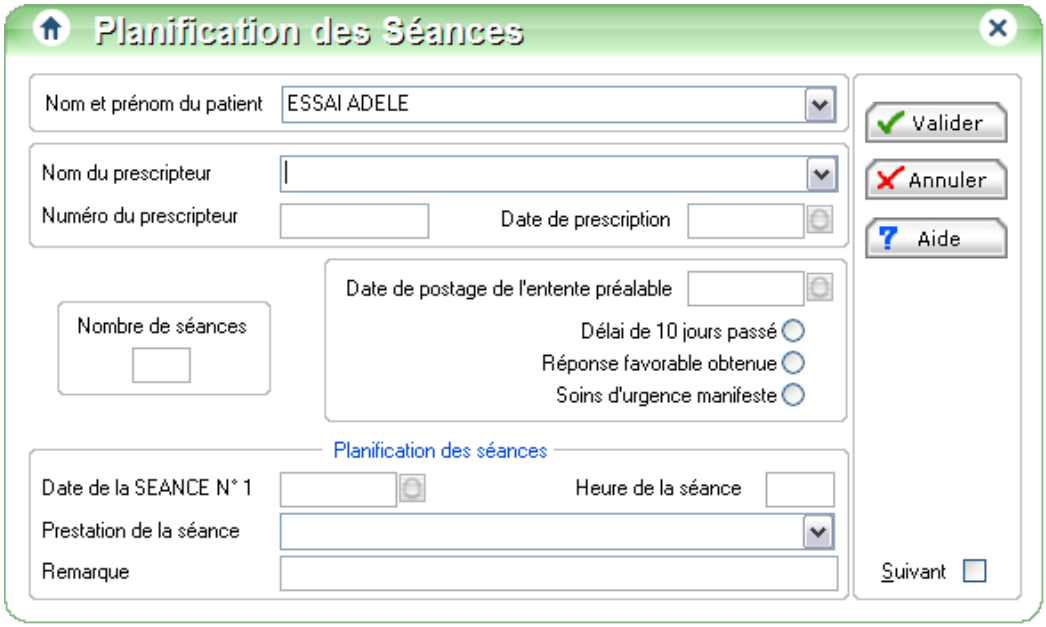
E	F	Séance	Heure	Patient	Prescription	Prestation	Prescripteur
✓		Dim 20 Juin 2010	17:00	CARTE LUCILLE	03/06/2010	SF	DURAND JEAN
✓		Mar 22 Juin 2010	17:00	CARTE LUCILLE	03/06/2010	SF	DURAND JEAN
		Ven 25 Juin 2010	17:00	CARTE LUCILLE	03/06/2010	SF	DURAND JEAN
		Dim 27 Juin 2010	17:00	CARTE LUCILLE	03/06/2010	SF	DURAND JEAN
		Mer 30 Juin 2010	17:00	CARTE LUCILLE	03/06/2010	SF	DURAND JEAN

Création d'une séance

Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**

Le logiciel lit la carte vitale du patient si elle est insérée dans le lecteur



Saisissez :
- le nom et prénom du patient (si la carte vitale du patient est dans le lecteur le nom s'affiche automatiquement)
- le nom du médecin prescripteur de l'acte (ou sélectionnez le à l'aide du menu déroulant si le prescripteur existe déjà)
- le numéro du prescripteur (s'affiche si le prescripteur existe déjà)
- la date de prescription des soins
- le nombre de séances à réaliser
- la date de la première séance ou sélectionnez-la à partir du bouton (à partir de ce bouton vous pourrez voir les autres séances déjà planifiées)
- l'heure programmée pour la séance
- le code de l'acte pour la feuille de soins
- une remarque : adresse, téléphone, salle de séance ou autres…

Si vous possédez la date de postage de l'entente préalable saisissez-la, sinon vous pourrez la saisir ultérieurement en sélectionnant dans la liste la première séance de ce patient (utilisez le bouton Modifier ou la touche de fonction **F3-Modifier**)

En fonction du nombre de séance à planifier cochez la case Suivant

Confirmez chaque planification des séances par le bouton Valider

Pointage d'une séance

Pour cocher la séance comme déjà réalisée :

Cliquez sur la séance dans la liste

Cliquez sur le bouton Envoyer ou faites **F10-pointage**

✓ cette coche s'affiche dans la grille et indique la réalisation de la séance.

Imprimer les séances

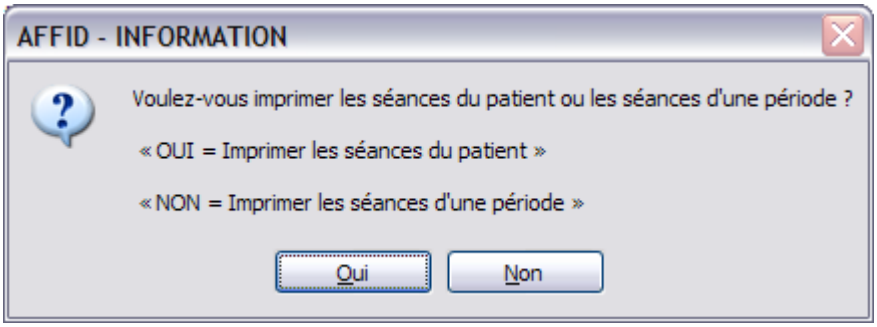
Pour éditer les séances d'une journée ou d'une période ou d'un patient :

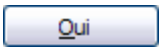
Pour un patient, sélectionnez-le dans la liste

Cliquez sur le bouton

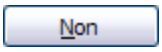
ou touche de fonction **F9-Imprimer**

Un message propose le type d'impression possible :


AFFID - INFORMATION
Voulez-vous imprimer les séances du patient ou les séances d'une période ?
« OUI = Imprimer les séances du patient »
« NON = Imprimer les séances d'une période »
Oui
Non

Si 

imprime la liste des séances planifiées pour le patient sélectionné dans la grille

Si 

propose l'impression de toutes les séances d'une journée ou une période

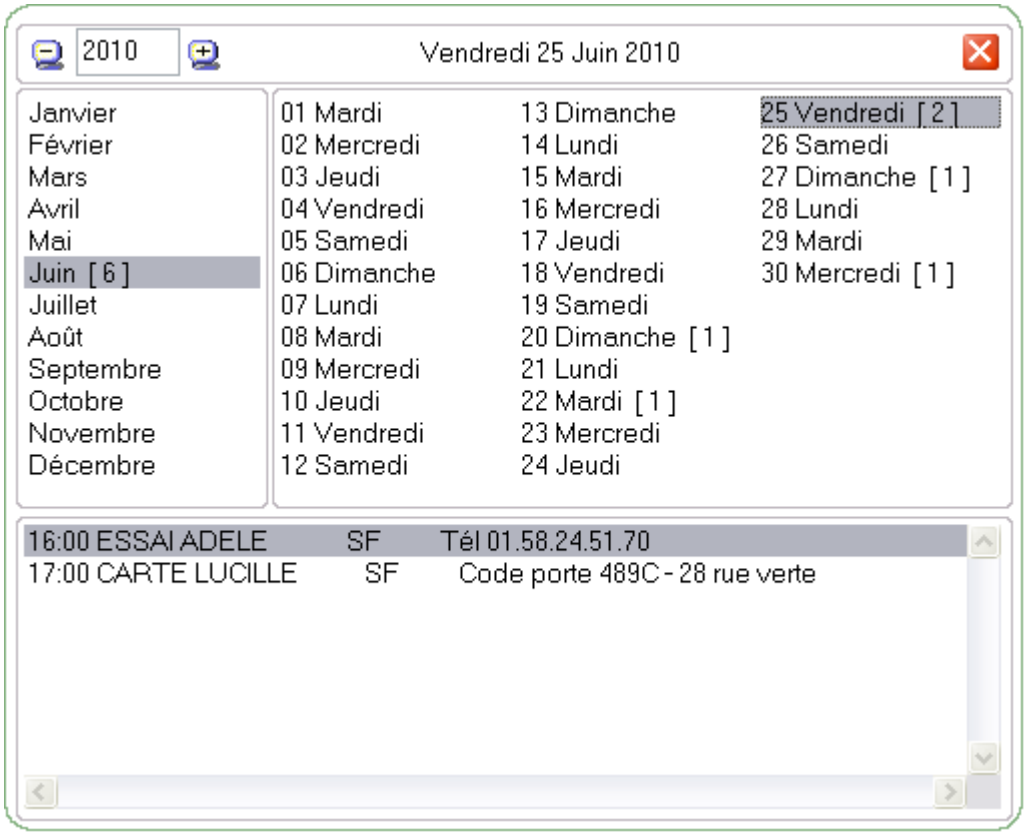
Saisir les dates de la journée ou période souhaitée puis Valider

Visualiser les séances

Pour voir l'organisation par jour, par mois des séances

Cliquez sur le bouton

ou faites **F6-Voir**



Cliquer sur le mois afin de visualiser le nombre de séances du mois.

Cliquer sur le jour afin de visualiser l'ensemble des séances de la journée.

Pour visualiser les séances d'une autre année, cliquez sur le bouton ou

Modifier une séance

Sélectionnez la séance dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F3-Modifier**

Supprimer une séance

Cliquez sur la séance dans la liste

Cliquez sur le bouton

ou faites **F4-Supprimer**

Trouver un patient ou une séance

Vérifiez que le tri est sur le patient ou la date

Cliquez sur le bouton

ou faites **F5-Chercher**

Trier les séances

Pour classer la liste des séances par nom du patient, date ou séances réalisées

Cliquez sur le bouton

ou faites **F7-Trier**

Pour la création d'une feuille de soins issue d'une série de séances : Voir chapitre : Feuilles de soins issues des séances 101

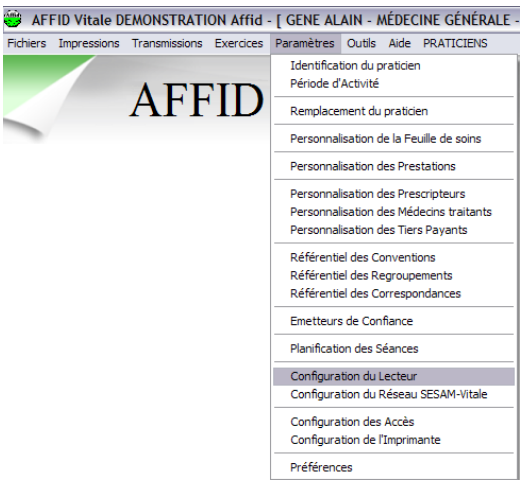
3.12 Configuration du lecteur de cartes

La fonction configuration du lecteur a pour objet de configurer le lecteur et de collecter les informations caractérisant les composants matériels et logiciels des fournitures SESAM-Vitale.

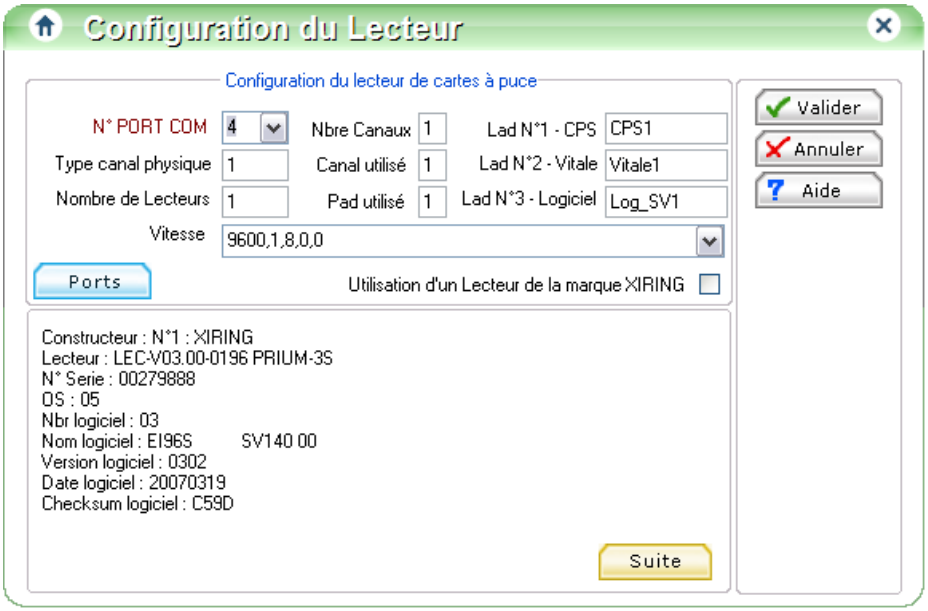
Connectez votre lecteur de Cartes

Pour vérifier le branchement du lecteur de cartes à puces :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**



- Cliquez sur **Configuration du lecteur**



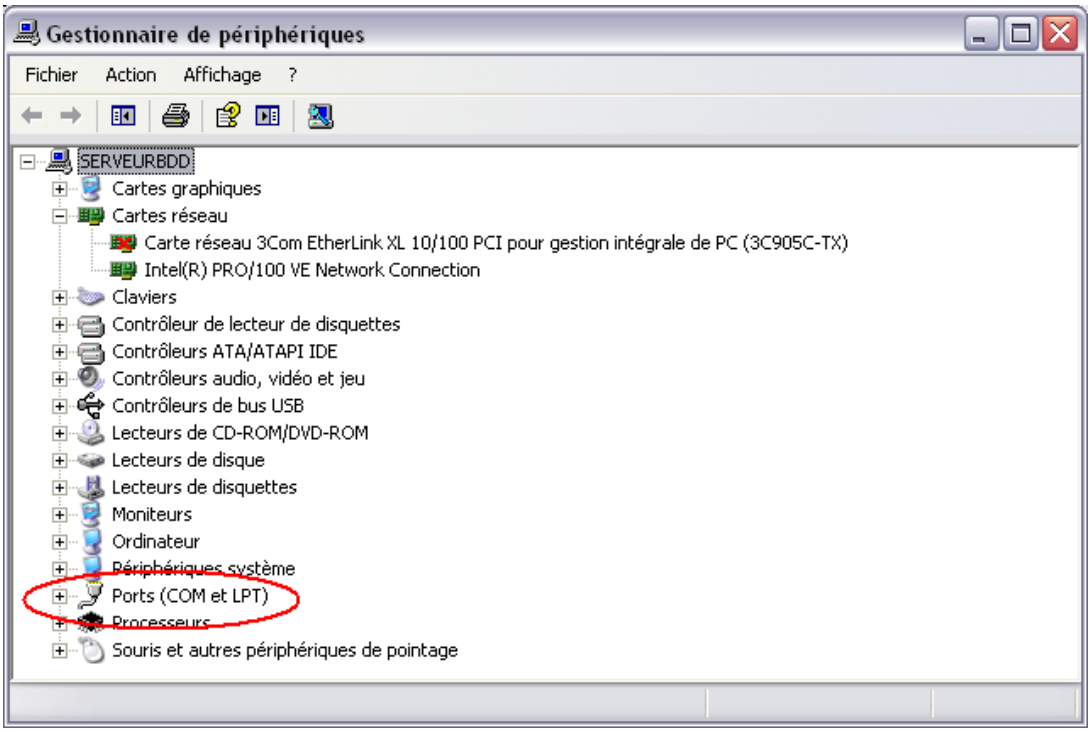
- **N° du port communication** : N° port Série COM ou Parallèle LPT
- **Type de canal physique** : Port Série ou USB=1 ou Port Parallèle=2
- **Nombre de lecteurs** : Nombre de lecteur : 1 à 15
- **Nombre de canaux** : Nombre de liaison : 1 à 255
- **Canal utilisé** : Liaison utilisée : 1 à 255
- **Pad utilisé** : Lecteur utilisé : 1 à 15
- **Lad N°1 - CPS** : CPS
- **Lad N°2 - Vitale** : Vitale
- **Lad N°3 - Logiciel** : Log_SV
- **Vitesse** : (bits seconde, bits d'arrêt, bits données, parité, contrôle flux)

Par défaut votre lecteur est configuré pour le port de communication **COM1**.

Si le lecteur est branché sur **COM2**, saisissez le chiffre **2** dans la zone **N° PORT COM.**

Si le lecteur est branché sur un port **USB** :

- cliquer sur le bouton :



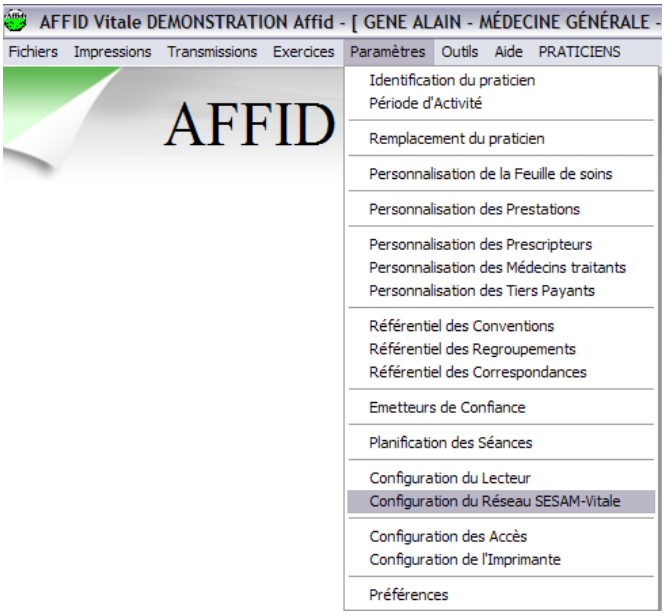
- cliquer sur : [+] **Ports (COM, LPT),** notez le numéro du port COM de la connexion du pilote USB.
  Si la connexion du pilote USB est définie sur (COM**n)**, (**n** = numéro du COM) saisissez le chiffre dans la zone **N° PORT COM** ou sélectionnez le à partir de la liste déroulante (en fin de zone).
- quitter et relancer le logiciel AFFID

3.13 Configuration du réseau SESAM-Vitale

Cette fonction permet de paramétrer votre formule d'abonnement au Réseau SESAM-Vitale pour la télétransmission des feuilles soins électroniques.

Pour configurer votre point de connexion pour la télétransmission des feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**



- Cliquez sur **Configuration du Réseau SESAM-Vitale**

Partie : "Connexion au Réseau SESAM-Vitale"

- **Fournisseur** : Sélectionnez votre fournisseur d'accès internet.
- **Profil de connexion** : Sélectionnez votre profil de connexion dans la liste. (**Réseau** si vous êtes en ADSL, sinon laisser à blanc)
- **Identifiant du compte** : Identifiant de la boîte aux lettres des feuilles de soins
- **Mot de passe** : Mot de passe de la boîte aux lettres des feuilles de soins

Si votre fournisseur est RSS :

Vous devrez d'abord saisir vos paramètres de connexion à partir du logiciel Connexion au Réseau SESAM-Vitale de RSS.
Au niveau du paramétrage dans le logiciel AFFID seule la Zone **Profil de connexion est à renseigner.**

Si votre fournisseur est WANADOO SANTE :

Seules les zones **Identifiant du compte** et **Mot de passe** sont à renseigner.

Exemple d'identification pour Wanadoo Santé :

Identifiant reçu : fse.**2ruzyy6rb63d**@sante.wanadoo.fr et Mot de passe : **tg5q6hwp**
La valeur à noter pour l'Identifiant du compte est **2ruzyy6rb63d** (sans : *fse* et *@sante.wanadoo.fr*)
La valeur à noter pour le Mot de passe est **tg5q6hwp**

Si votre fournisseur est autre que RSS ou WANADOO SANTE :

Toutes les zones de ce cadre sont à renseigner.

Lorsque le fournisseur d'accès utilise l'authentification par Mot de passe sécurisé, vous devez alors cocher la case : "Le Serveur SMTP requiert une authentification" et remplir les case "Identifiant" et "Mot de passe" (Ex : Dartybox)

Partie : "Identification de l'émetteur"

Toutes les zones sont renseignées automatiquement par le logiciel en fonction de la carte CPS lue.

Emetteur est utilisé pour distinguer la transmission faite par un praticien ou par une SCP ou SCM.
Le N° émetteur est composé d'un premier chiffre transformé + le numéro national du professionnel. Si l'émetteur est une SCP ou SCM, le n° émetteur doit contenir le n° de SIRET du cabinet
Le type d'application : TR = application de la Tarification de l'assurance maladie obligatoire.
Message de l'émetteur : Utilisé pour joindre un message à l'organisme d'assurance maladie obligatoire.

Partie : "Programmation de la télétransmission automatique"

Programmation de la télétransmission : Cette partie n'est pas active (activée par le service technique d'AFFID Systèmes).

4 Feuilles de soins

4.1 Les feuilles de soins électroniques

Le principe d'élaboration de la feuille de soins électronique introduit l'ensemble et la collaboration des différents acteurs du secteur SESAM-Vitale : les assurés sociaux, les organismes d' assurance maladie obligatoire et complémentaire et les professionnels de Santé, détenteurs et fournisseurs des informations liées aux soins et à leur remboursement.

Dans le système papier actuel, la feuille de soins est un document rédigé par le Professionnel de Santé et l'assuré social, ce dernier prend en charge la transmission du document à son organisme d'assurance maladie.

Le système SESAM-Vitale modifie les circuits d 'échanges actuels entre le Professionnel de Santé, les assurés sociaux et les organismes d'assurance maladie. Le professionnel de Santé a la charge d'établir électroniquement la feuille de soins et de télé-transmettre par voie téléphonique les lots de feuilles de soins électroniques via Internet aux organismes d'assurance maladie.

La conception de la feuille de soins électronique utilise deux cartes à microprocesseur :

- celle du Professionnel de Santé : la **carte CPS**, carte d'habilitation et outil de sécurisation des transactions électroniques.
- celle du patient : la **carte VITALE**, reflet de sa situation administrative, de sa situation d' assuré ou de bénéficiaire vis-à-vis de l'assurance maladie.

Les règles vérifiant la bonne application de la réglementation et de la tarification définies dans le cahier des charges SESAM-Vitale sont applicables systématiquement selon les données relatives aux conventions liant le Professionnel de Santé aux Organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire de l'assuré social.

Deux modes de fonctionnement de création de la feuille de soins électronique sont prévus :

- **le mode de fonctionnement Sécurisé** : la feuille de soins électronique ne peut être créée sans la présence de la carte Vitale du patient et de la carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale.
- **le mode de fonctionnement dégradé ou IRIS** : En l'absence de l'une des deux cartes ou en cas de dysfonctionnement du lecteur de carte à puces, le Professionnel de Santé peut soit revenir au circuit papier traditionnel ou soit réaliser un flux IRIS. La création d' une feuille de soins électronique avec le mode IRIS peut éventuellement basculer dans le mode Sécurisé en insérant dans le lecteur de carte à puces, les deux cartes CPS et VITALE du même praticien et du même patient de la feuille de soins électronique IRIS.

Le Professionnel de Santé peut réaliser une ou plusieurs feuilles de soins électroniques pour une même **série d'actes** récapitulant une ou plusieurs séances de soins, la feuille de soins électronique ne concerne qu'un seul bénéficiaire de soins, pour une seule nature d'assurance et un seul justificatif d'exonération, le système SESAM-Vitale s'applique aussi bien au « **tiers payant** » qu'au « **hors tiers payant** ».

Dès lors que le Professionnel de Santé a recours à une procédure de tiers payant, le logiciel applique automatiquement les règles de contrôle et de tarification de **l'assurance maladie obligatoire**. En ce qui concerne les règles de tarification de **l'assurance maladie complémentaire,** le logiciel applique les règles propres à chaque organisme complémentaire selon les conventions établies avec le Professionnel de Santé, ces règles doivent être paramétrées dans le menu ***Paramètres – Personnalisation Mutuelles***.

Dans le cas où la carte du Professionnel de Santé possède plusieurs situations d'exercice et de facturation, il doit sélectionner la situation d'exercice et de facturation appropriée. Dans le cas d' une carte Vitale familiale comportant **plusieurs bénéficiaires**, le Professionnel de Santé doit sélectionner le bénéficiaire des soins.

AFFID Vitale assure la mise en oeuvre technique de l'élaboration de la feuille de soins en vous signalant par des messages toutes les opérations à effectuer pour bien constituer la feuille de soins électronique.

Vous devez toujours insérer et maintenir dans le lecteur de cartes à puces les deux cartes (Vitale et CPS) pendant toute la durée de création et de sécurisation de la feuille de soins électronique.

A la fin du mécanisme de sécurisation, le logiciel peut vous imprimer automatiquement une quittance *(*facturette *format A4 ou autres)* à remettre à l'assuré ou le bénéficiaire des soins. Le Professionnel de Santé a la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l' ordonnance papier.

Conformément aux dispositions réglementaires, le Professionnel de Santé conserve le double électronique des feuilles de soins transmises pendant quatre-vingt-dix jours au moins.

Les feuilles de soins électroniques doivent être transmises dans un délai de 90 jours conformément aux dispositions réglementaires.

Enfin, le transfert des recettes journalières vers **AFFID Standard** est automatique et instantané après la saisie et la sécurisation de la feuille de soins électronique. Vous pouvez lancer AFFID Standard en même temps que AFFID Vitale afin de vérifier la prise en compte en temps réel de l' enregistrement des honoraires.

Règles particulières concernant certains type d'actes

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

Chaque acte doit être présenté isolément dans la feuille de soins électronique, le montant des honoraires retrace le prix de chaque acte. Le dépassement éventuel est imputé soit à chaque acte, soit à l'acte le plus important.

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

Lorsque plusieurs séances d'actes sont facturées sur la même feuille de soins, la présentation des articles doit respecter la chronologie des séances et l'ordre de présentation des feuilles de soins comme précisé ci-après :

1ère Séance
.acte médical avec ou sans majoration
2ème Séance
.acte médical avec ou sans majoration

La possibilité de regrouper des actes identiques effectués le même jour est offerte (même coefficient, même prestation, même complément de prestation réalisée par le même Professionnelle de Santé sur un même malade). Les indemnités kilométriques ne sont pas concernées par ce regroupement et doivent être présentées par séance de soins.

Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature

Pour les actes **GRATUITS**, le taux de remboursement, le montant des honoraires, le montant remboursable par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à **G**.

Pour les actes **NON REMBOURSABLES**, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant de remboursement par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à **N**.

Pour les actes **HORS NOMENCLATURE**, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant de remboursement par l'AMO doivent être valorisés à zéro, le coefficient à **1**, le qualificatif de la dépense à **N** et le code de la prestation à **HN**.

Actes au domicile du patient (visite)

Si l'acte est effectué au domicile du patient, la zone « þ ***Exécution de la prestation au cabinet*** » doit être obligatoirement dé-coché dans la saisie de la prestation. Exemple : code acte V, cliquez sur modifier puis décochez la case.

Soins dentaires : Chirurgiens-dentistes et Stomatologues

Les dispositions réglementaires concernant les soins dentaires prévoient que le tarif applicable est celui en vigueur à la date d'achèvement des soins. Cette date doit être indiquée pour chaque prestation, une prestation correspondant à une seule dent soignée.

Présentation des films (clichés) en électroradiologie : Radiologues

Les lettres clés affectées d'un coefficient identique peuvent être groupées dans une même prestation.

Exemple : Z 0,80 + Z 0,80

Une seule prestation doit être saisie :

	Prestation
Prestation	**Z**
Coefficient	**0,80**
Quantité	**2**

Radiothérapie : Radiologues

Dans l'attente de création d'un code acte spécifique aux irradiations par faisceaux ou électrons, les actes d'irradiations cotés **Z1** et **Z2** sont globalisés dans une seule prestation dont le dénombrement indiquera le nombre de séances d'irradiations effectuées.

Exemple : Z1 + Z1 + Z1 + Z1 + Z2

Une seule prestation doit être saisie :

	Prestation
Prestation	**Z**
Coefficient	**6**
Quantité	**1**
Dénombrement	**5**

Indemnités forfaitaires et kilométriques de déplacement

Dans la feuille de soins, l'indemnité de déplacement (MD, IF, IFA, IK, IKM, IKS) est ajoutée à l'acte principal sur une deuxième ligne avec la même date d'exécution.

Exemple : V+MD = 32€

Deux prestations doivent être saisies :

	1ère Prestation	2ème Prestation
Prestation	**V**	**MD**
Montant	**22**	**10**

Forfait dentaire au titre de la CMU

Le forfait dentaire doit toujours être précédé de l'acte réalisé au titre de la CMU complémentaire.

Exemple de forfait dentaire au titre de la CMU :

	1ère Prestation	2ème Prestation
Prestation	**SPR**	**FDA**
Coefficient	**60**	
Prix Unitaire	**2,15**	
Montant facturé	**381,15 (129+252,15)**	**252,15**

4.2 Description de la feuille de soins

N° affecté automatiquement à la feuille de soins
Date de la feuille de soins électroniques
à transmettre lors de la prochaine transmission, si décochée, la feuille ne sera pas transmise automatiquement
Sécurisation TLA permet de sécuriser la feuille de soins au domicile du patient

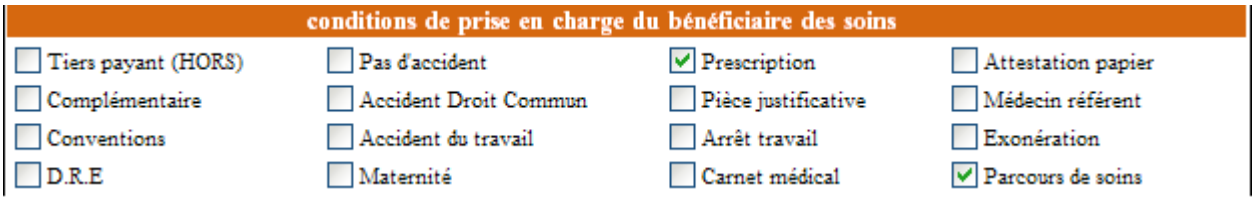
Nom et prénom du patient
Si la carte Vitale fournie plusieurs bénéficiaires, vous devez sélectionner dans la liste, le nom du patient bénéficiant des soins.

L'identification administrative du patient est visible à partir du bouton

Organisme de rattachement : numéro et nom de la caisse principale

médecin
DOCTEUR GENE Alain
MÉDECINE GÉNÉRALE
Conventionné
99 1 00495 3 CAB : 0 ZID : 20 ZIK : 02 CPS
Situation n°1 : Zone B autres departement

En cas de **plusieurs situations**, le praticien doit sélectionner par la liste déroulante , la zone de facturation



1ère colonne :

Tiers payant sur la part Obligatoire / Complémentaire
un clic de la souris initialise la feuille de soins en tiers payant obligatoire/complémentaire

Complémentaire informations relatives aux organismes mutualistes et à la Couverture Maladie Universelle

Conventions informations relatives aux conventions signées entre la caisse d'assurance maladie et les organismes mutualistes

D.R.E permet d'effectuer une demande électronique de remboursement aux organismes mutualistes non gérés par la caisse d'assurance maladie

2ème colonne :

Pas d'accident coché par défaut

Accident Droit Commun date de l'accident causé par un tiers

Accident du travail date ou numéro de l'AT/MP

Maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

Les options de la nature d'assurance s'excluent mutuellement.

3ème colonne :

Prescription identification du prescripteur de l'ordonnance (concerne les auxiliaires médicaux)
Pièce justificative gérée automatiquement par le logiciel
Arrêt de travail nombre de jours d'Arrêt de travail prescrit
Carnet médical le patient a présenté son carnet médical (facultatif)

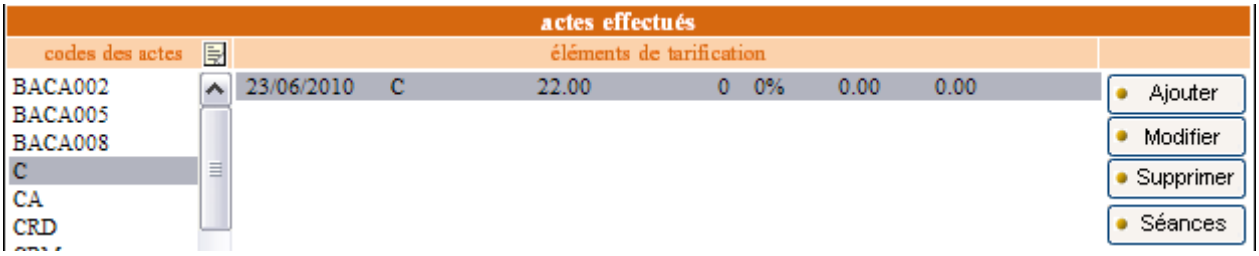
4ème colonne :

Attestation papier est cochée si le praticien à saisi un AT, une AMC ou une CMU sortant

Médecin référent indique que le professionnel de santé est médecin référent (facultatif)

Exonération à 100% permet de forcer l'exonération de la nature des soins à 100%

Parcours de soins permet de modifier le parcours de soins initialement renseigné



Liste des codes actes variable en fonction de votre spécialité et votre personnalisation des codes actes

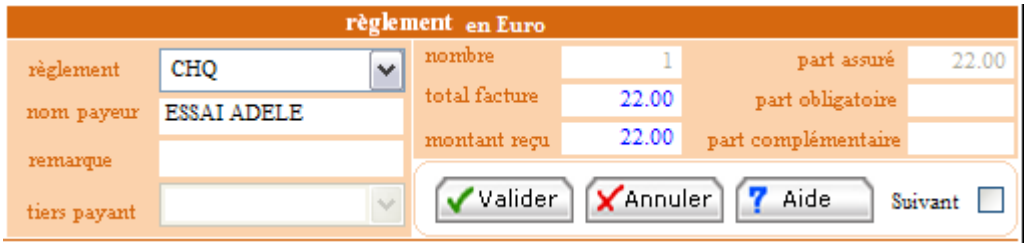
Eléments de tarification lignes facturées au patient avec les conditions tarifaires appliquées

Ajouter permet de saisir manuellement une prestation

Modifier permet de changer les informations d'une prestation

Supprimer permet d'enlever de la liste une prestation erronée

Séances permet de facturer les séances réalisées dans la Planification des séances



Si vous transférez automatiquement vos recettes journalières vers **AFFID Standard**, vous devez préciser le mode de **Règlement** et le **nom du payeur** pour les remises de chèques**.**

Total en nombre et en montant des prestations saisies dans la feuille de soins électronique et total de la Part **AMO/ AMC/Assuré** selon le taux de remboursement des prestations.

AMO = Assurance maladie obligatoire
AMC = Assurance maladie complémentaire

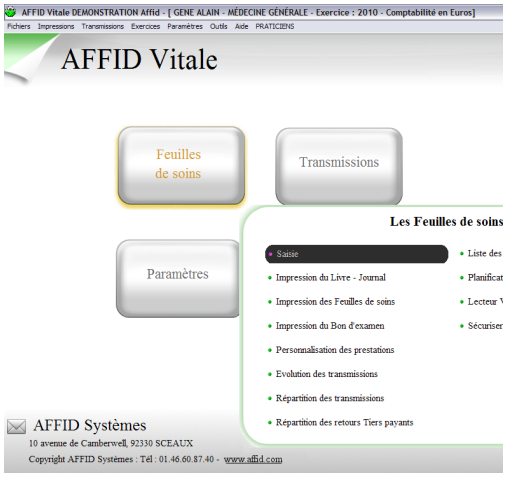
4.3 Elaboration d'une feuille de soins

Le logiciel mémorise toutes les feuilles de soins déjà élaborées et sécurisées. Vous pourrez créer, modifier, supprimer, rechercher, trier, imprimer et envoyer automatiquement aux caisses toutes vos feuilles de soins électroniques du même menu : "Livre des feuilles de soins".

Accès aux feuilles de soins électroniques

Pour réaliser une feuille de soins électronique :

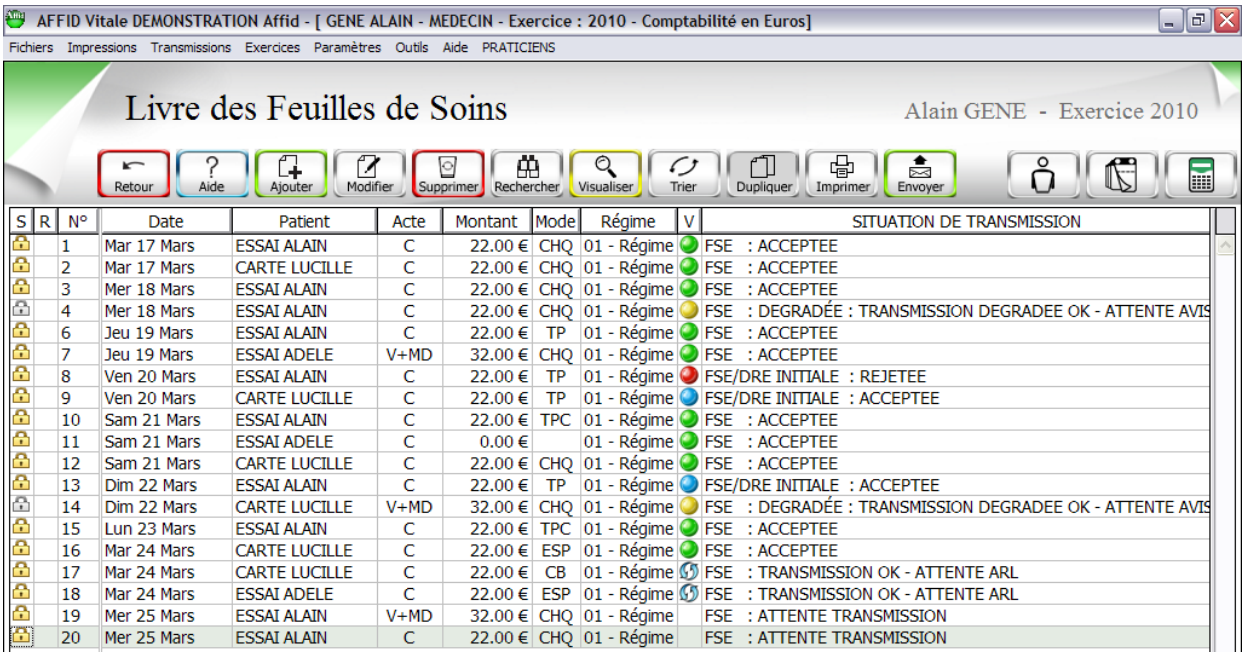
A partir du menu d'accueil,
cliquez sur **Les Feuilles de soins**
puis sur **Saisie.**



ou

A partir de la barre de menu,
sélectionnez **Fichiers**
puis **Feuilles de soins**

AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Feuilles de soins
Patients
Nouveau praticien
Quitter
AFFID Vitale


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Livre des Feuilles de Soins
Alain GENE - Exercice 2010
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION
		1	Mar 17 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		2	Mar 17 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		3	Mer 18 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		4	Mer 18 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION DEGRADEE OK - ATTENTE AVIS
		6	Jeu 19 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TP	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		7	Jeu 19 Mars	ESSAI ADELE	V+MD	32.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		8	Ven 20 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TP	01 - Régime		FSE/DRE INITIALE : REJETEE
		9	Ven 20 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	TP	01 - Régime		FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE
		10	Sam 21 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TPC	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		11	Sam 21 Mars	ESSAI ADELE	C	0.00 €		01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		12	Sam 21 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		13	Dim 22 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TP	01 - Régime		FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE
		14	Dim 22 Mars	CARTE LUCILLE	V+MD	32.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION DEGRADEE OK - ATTENTE AVIS
		15	Lun 23 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	TPC	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		16	Mar 24 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	ESP	01 - Régime		FSE : ACCEPTEE
		17	Mar 24 Mars	CARTE LUCILLE	C	22.00 €	CB	01 - Régime		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		18	Mar 24 Mars	ESSAI ADELE	C	22.00 €	ESP	01 - Régime		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		19	Mer 25 Mars	ESSAI ALAIN	V+MD	32.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ATTENTE TRANSMISSION
		20	Mer 25 Mars	ESSAI ALAIN	C	22.00 €	CHQ	01 - Régime		FSE : ATTENTE TRANSMISSION

Pictogrammes des feuilles de soins

Colonne **S**

la feuille de soins a été signée et sécurisée avec les cartes CPS et Vitale

la feuille de soins a été signée dans le mode dégradé (IRIS) sans la carte CPS ou Vitale

la feuille de soins a été signée et sécurisée dans le mode Lecteur Vitale Portable

Colonne **R**

la feuille de soins a été signée et sécurisée par un remplaçant

Colonne **V**

la feuille de soins a été transmise et est en attente d'un accusé de réception de la caisse

la feuille de soins a été acceptée (conforme aux normes de transmission)

la feuille de soins a été remboursée (paiement reçu des Tiers Payants)

la feuille de soins a été rejetée (non conforme aux normes de transmission)

la feuille de soins en mode dégradé (IRIS) a reçu une notification de transmission

positive

Au-dessus de la grille des prestations, des boutons de fonction sont proposés (activables par un clic gauche de la souris) :

Le dessin de ces boutons peut être différent selon l'option de présentation sélectionnée dans le menu : Paramètres/Préférences

Remarque : *Les touches de fonctions du clavier (1ère rangée) ont une action équivalente aux boutons de fonctions de la grille et peuvent être utilisées à leur place.*

Touche Echap ou bouton

Permet le retour au menu précédent

Touche F1 ou bouton

Aide en ligne, donne les informations pour la saisie et les opérations possibles à effectuer dans la grille en cours.

Touche F2 ou bouton

Initialise la commande " **ajouter** une écriture " à la suite des écritures déjà saisies dans le livre.

Touche F3 ou bouton

Initialise la commande " **modifier** l'écriture sélectionnée ".
(positionner la barre de sélection sur l'écriture à modifier, avec les flèches ou la souris)

Touche F4 ou bouton

Initialise la commande " **supprimer** la ligne sélectionnée ".
(positionner la barre de sélection sur l'écriture à supprimer, avec les flèches ou la souris)

Touche F5 ou bouton

Initialise la commande " **rechercher** une écriture " sur le critère préalablement activé par le bouton de fonction F7.

Touche F6 ou bouton

Initialise la commande " **visualiser** " donnant les imputations comptables de la ligne sélectionnée.

Touche F7 ou bouton

Initialise la commande " **trier** " sur un critère choisi.

Touche F8 ou bouton

Initialise la commande " **copier** " la ligne sélectionnée. *(Cette fonction facilite l'enregistrement des écritures régulières (par exemple les recettes mensualisées, virements clinique,...).*

Touche F9 ou bouton

Initialise la commande " **imprimer** " le journal du livre en cours.

Touche F10 ou bouton

Initialise la commande " **envoyer** " lance la télétransmission des feuilles de soins en attente.

Bouton
Permet de changer de praticien.

Bouton
Permet de changer de période d'activité.

Bouton
Permet de décharger les feuilles de soins effectuées en visite.

Selon les menus certains boutons de commande sont inactifs (grisés)

Ajouter une feuille de soins

Pour créer une feuille de soins :

- Insérez votre CPS dans le lecteur.
- Insérez la carte Vitale du patient dans le lecteur.
- Cliquez sur le bouton

ou faites **F2-Ajouter**

L'écran suivant apparaît :

Cet écran indique la lecture en cours des informations de la carte CPS.

Un signal sonore 🔔 invite à saisir votre code porteur directement sur le lecteur, ensuite validez votre code en appuyant sur le ***bouton vert*** du lecteur. *(**rouge**=effacer, **jaune**=corriger)*

Message écran lecteur : **CARTE PS**
CODE PS 1 :_____

Attention ! après 3 tentatives de saisie, la carte sera bloquée.

Suit l'écran :

PRESCRIPTION
Date d'élaboration de la feuille de soins 23/06/2010
Date d'exécution de la prestation 23/06/2010
Date de la prescription des soins 23/06/2010
Futur : date de référence (lecture carte vitale)
Prestations par défaut
Valider
Annuler
Aide

Cet écran vous demande de saisir la date de la prescription.

- Saisissez la date de la prescription *(si différente de la date du jour)*
- Confirmez la saisie par le bouton **Valider**

Vous pouvez désactiver l'apparition de cet écran à partir du menu Paramètres/Personnalisation de la feuille de soins.

La date de prescription est généralement saisie par les Auxiliaires médicaux.

Suit l'écran :

Cet écran indique la lecture en cours des informations de la carte VITALE.

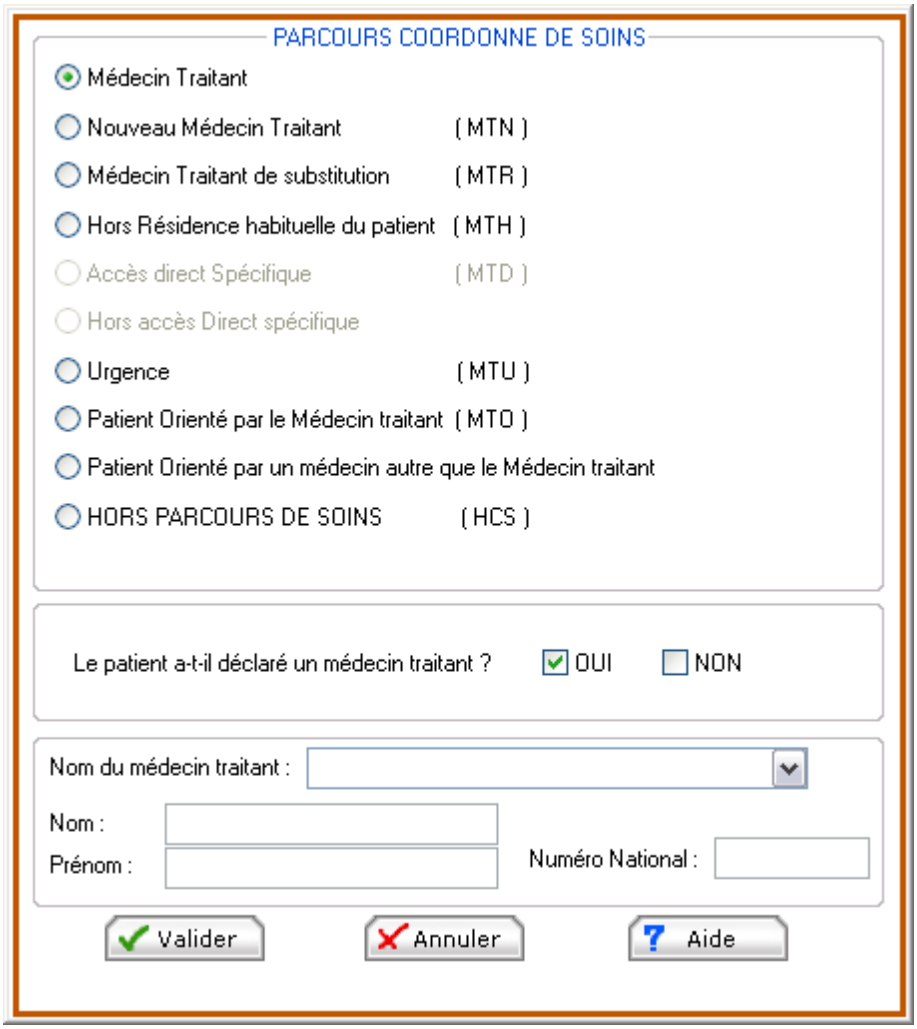
Toutes les informations des bénéficiaires sont extraites de la carte en une seule fois et affichées dans une liste en sélection dans la feuille de soins.

Si plusieurs bénéficiaires existent sur la carte Vitale, vous devrez sélectionner le patient bénéficiaire des soins.

Ces 3 étapes définissent la première procédure de collecte d'informations nécessaires à la feuille de soins :

- Identification du Professionnel de Santé : Code porteur, Situations de facturation, Habilitation
- Date de la prescription des soins : Date de l'ordonnance ou date d'origine de la prescription
- Identification de l'assuré : Les ayants droits, Droits du bénéficiaire des soins, Régimes d' appartenance

Suit la fenêtre concernant le parcours de soins


PARCOURS COORDONNE DE SOINS
Médecin Traitant
Nouveau Médecin Traitant (MTN)
Médecin Traitant de substitution (MTR)
Hors Résidence habituelle du patient (MTH)
Accès direct Spécifique (MTD)
Hors accès Direct spécifique
Urgence (MTU)
Patient Orienté par le Médecin traitant (MTO)
Patient Orienté par un médecin autre que le Médecin traitant
HORS PARCOURS DE SOINS (HCS)
Le patient a-t-il déclaré un médecin traitant ? OUI NON
Nom du médecin traitant :
Nom :
Prénom :
Numéro National :
Valider
Annuler
Aide

Pour chaque patient, le parcours de soins doit être initialisé la première fois (il restra mémorisé lors des prochaines feuilles de soins)

Ouvre la feuille de soins. Elle est créée par défaut avec les informations suivantes :

- Tarification Hors Tiers Payant, Pas d'accident, Monnaie Euro, Règlement Chèque.
  Vous pouvez à tout moment changer ces différentes informations dans la feuille de soins électronique.
  (Voir chapitre : Personnalisation des Feuilles de soins) 25

Lorsque le Professionnel de Santé ou le Patient a oublié sa carte, la feuille de soins électronique peut être créée conformément au mode Dégradé (IRIS). Si le patient est nouveau, le professionnel de santé devra saisir manuellement les informations d'identification du patient.

ATTENTION : La transmission de la feuille de soins électronique IRIS doit être accompagnée de l'envoi de la feuille de soins CERFA papier. (Voir chapitre : Principes du mode dégradé ou IRIS) 104

La feuille de soins électronique

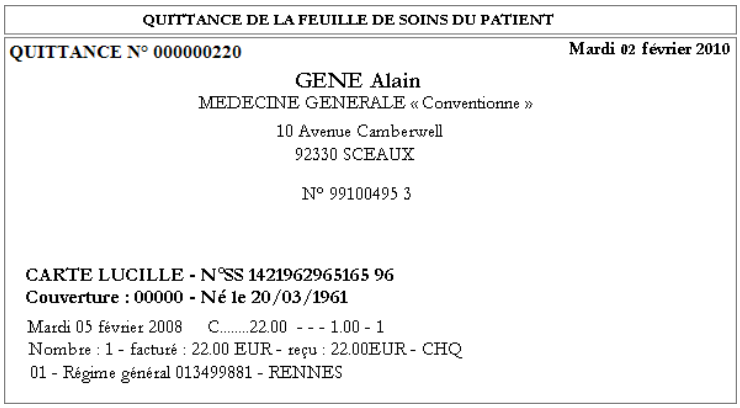
Etape 1 : Double-cliquez sur la prestation à facturer au patient dans la liste (à gauche du corps de la feuille de soins.

La date du jour, l'acte et le tarif sont affichés automatiquement dans le corps de la feuille de soins.

Vous pouvez modifier le mode de règlement dans la zone "Règlement".

Etape 2 : Confirmez la création et la sécurisation de la feuille de soins en cliquant sur le bouton **"Valider"**.

Etape 3 : Si vous avez activé dans les Paramètres de la feuille de soins l' option "Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins", alors il sera imprimé automatiquement vers l' imprimante après la sécurisation de la feuille de soins électronique.



QUITTANCE DE LA FEUILLE DE SOINS DU PATIENT

QUITTANCE N° 000000220 — Mardi 02 février 2010

GENE Alain
MEDECINE GENERALE « Conventionne »
10 Avenue Camberwell
92330 SCEAUX

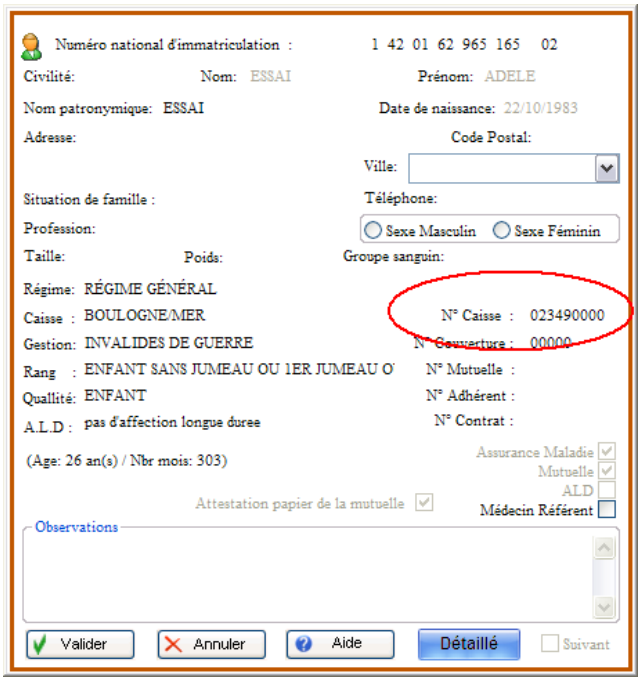
N° 99100495 3

CARTE LUCILLE - N°SS 1421962965165 96
Couverture : 00000 - Né le 20/03/1961
Mardi 05 février 2008 C.....22.00 - - - 1.00 - 1
Nombre : 1 - facturé : 22.00 EUR - reçu : 22.00EUR - CHQ
01 - Régime général 013499881 - RENNES

Remettez au patient, sa CARTE VITALE et éventuellement le Ticket.

REMARQUE : Dans certain cas, il arrive que l'année de naissance renseignée dans la carte vitale soit erronée. Il est possible de la modifier afin de pouvoir effectuer la feuille de soins.

Vous pouvez accéder à ces informations en cliquant l'icône en fin de zone du nom bénéficiaire sur l'entête de la feuille de soins.

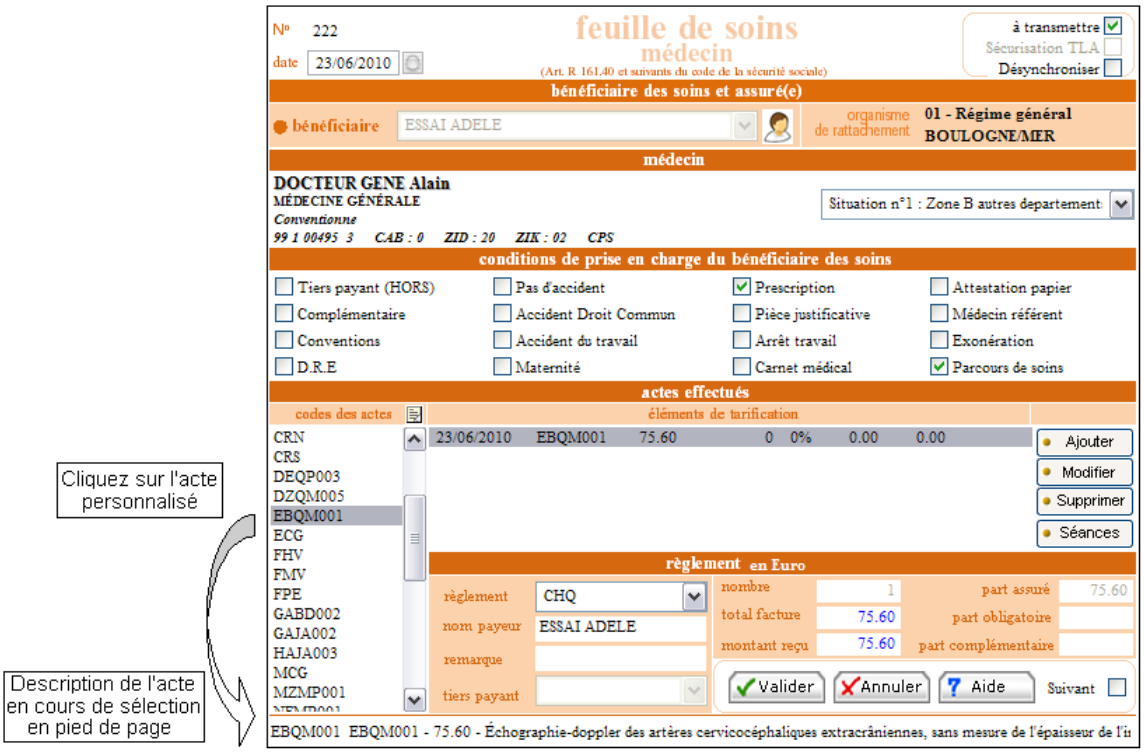

Numéro national d'immatriculation : 1 42 01 62 965 165 02
Civilité: Nom: ESSAI Prénom: ADELE
Nom patronymique: ESSAI Date de naissance: 22/10/1983
Adresse: Code Postal:
Ville:
Situation de famille : Téléphone:
Profession: Sexe Masculin Sexe Féminin
Taille: Poids: Groupe sanguin:
Régime: RÉGIME GÉNÉRAL
Caisse : BOULOGNE/MER N° Caisse : 023490000
Gestion: INVALIDES DE GUERRE N° Couverture : 00000
Rang : ENFANT SANS JUMEAU OU 1ER JUMEAU O N° Mutuelle :
Qualité: ENFANT N° Adhérent :
A.L.D : pas d'affection longue duree N° Contrat :
(Age: 26 an(s) / Nbr mois: 303)
Assurance Maladie
Mutuelle
ALD
Attestation papier de la mutuelle
Médecin Référent
Observations
Valider
Annuler
Aide
Détaillé
Suivant

4.4 Saisie de prestations d'actes CCAM dans la feuille de soins

La prise en compte d'une prestation dans une feuille de soins se fait de 2 manières :

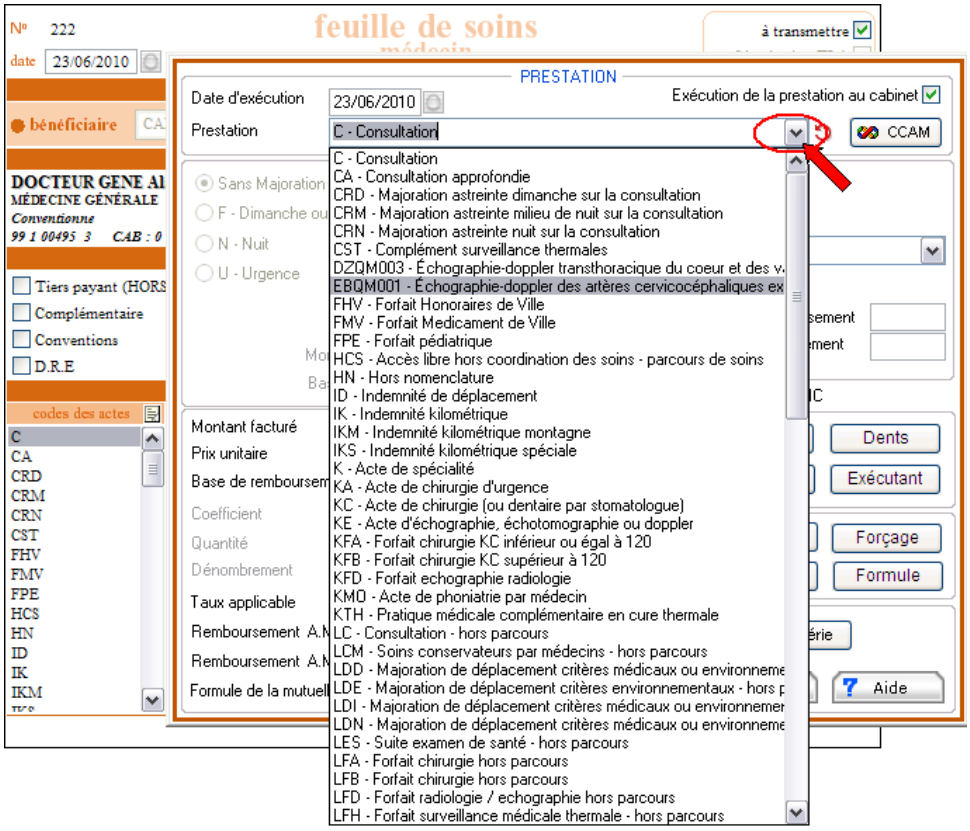
1 La plus courante et facile à utiliser

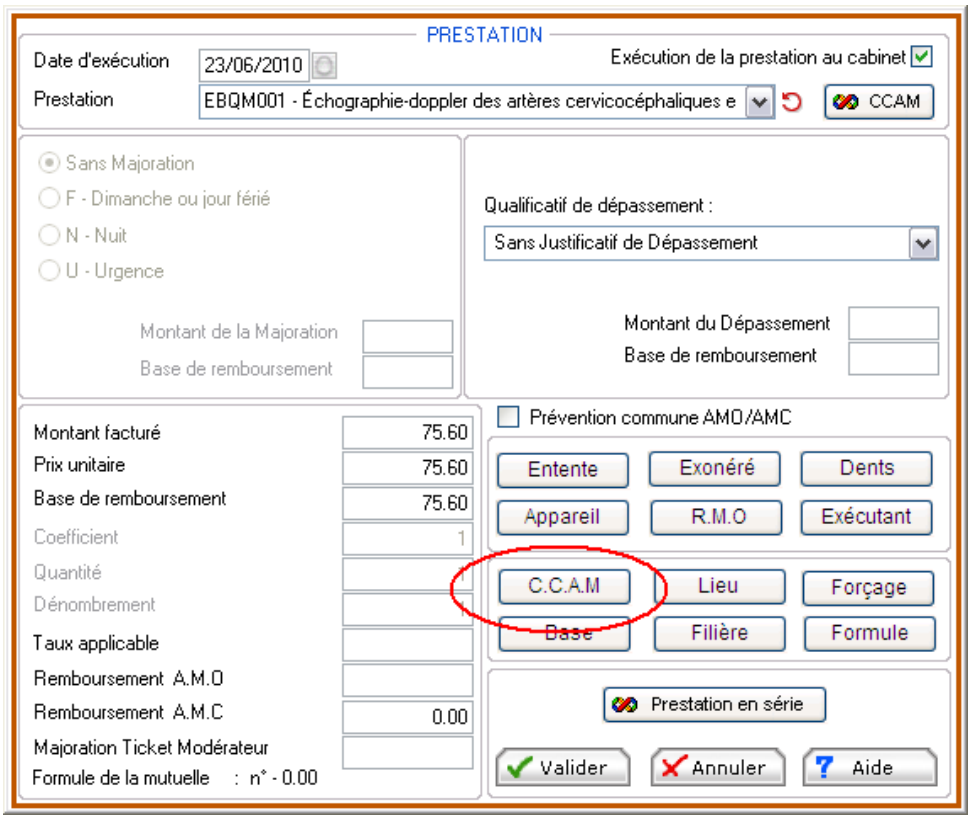
- L'acte CCAM est pré-paramétré et personnalisé dans votre liste des prestations : Double-cliquez sur l'acte dans la partie « codes des actes » (Voir chapitre : Paramétrage des codes actes CCAM) 30



2 De façon ponctuelle pour appliquer une tarification spécifique

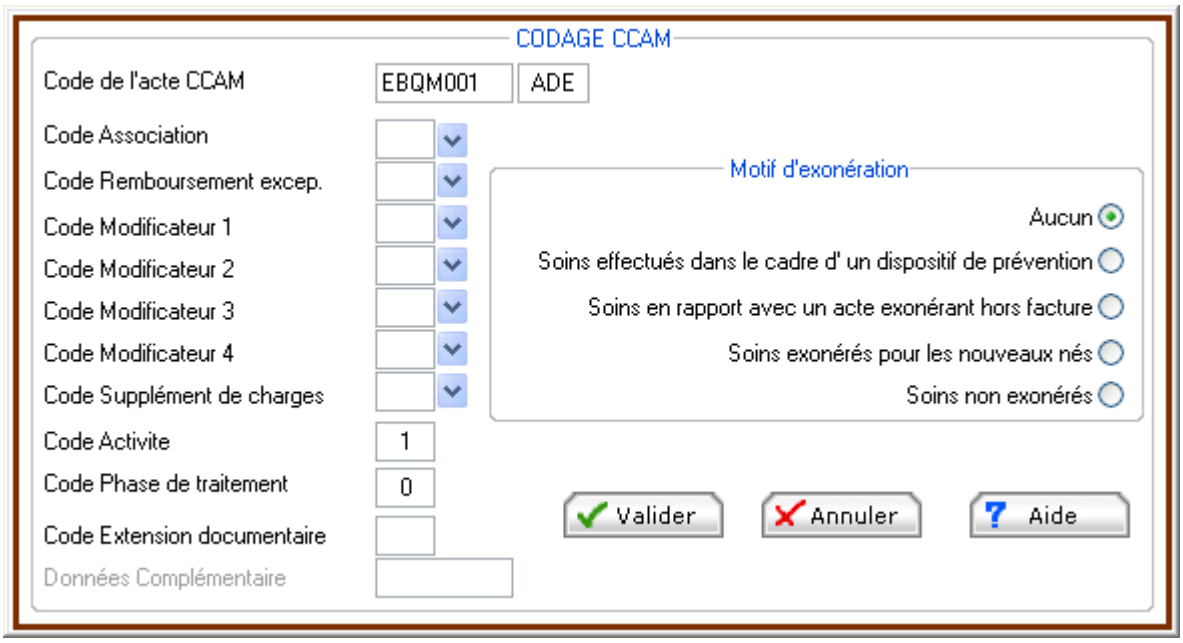
- L'acte CCAM est pré-paramétré mais non personnalisé dans votre liste. Tous les actes de base que vous utilisez habituellement (NGAP et CCAM) sont intégrés dans la liste des prestations AFFID. Pour accéder à la totalité de cette liste : utiliser la touche Ajouter


feuille de soins
PRESTATION
Date d'exécution
23/06/2010
Exécution de la prestation au cabinet
Prestation
C - Consultation
CCAM
C - Consultation
CA - Consultation approfondie
CRD - Majoration astreinte dimanche sur la consultation
CRM - Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation
CRN - Majoration astreinte nuit sur la consultation
CST - Complément surveillance thermales
DZQM003 - Échographie-doppler transthoracique du coeur et des v
EBQM001 - Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques ex
FHV - Forfait Honoraires de Ville
FMV - Forfait Medicament de Ville
FPE - Forfait pédiatrique
HCS - Accès libre hors coordination des soins - parcours de soins
HN - Hors nomenclature
ID - Indemnité de déplacement
IK - Indemnité kilométrique
IKM - Indemnité kilométrique montagne
IKS - Indemnité kilométrique spéciale
K - Acte de spécialité
KA - Acte de chirurgie d'urgence
KC - Acte de chirurgie (ou dentaire par stomatologue)
KE - Acte d'échographie, échotomographie ou doppler
KFA - Forfait chirurgie KC inférieur ou égal à 120
KFB - Forfait chirurgie KC supérieur à 120
KFD - Forfait echographie radiologie
KMO - Acte de phoniatrie par médecin
KTH - Pratique médicale complémentaire en cure thermale
LC - Consultation - hors parcours
LCM - Soins conservateurs par médecins - hors parcours
LDD - Majoration de déplacement critères médicaux ou environneme
LDE - Majoration de déplacement critères environnementaux - hors p
LDI - Majoration de déplacement critères médicaux ou environnemer
LDN - Majoration de déplacement critères médicaux ou environneme
LES - Suite examen de santé - hors parcours
LFA - Forfait chirurgie hors parcours
LFB - Forfait chirurgie hors parcours
LFD - Forfait radiologie / echographie hors parcours
LFH - Forfait surveillance médicale thermale - hors parcours
Dents
Exécutant
Forçage
Formule
Aide



Sélectionnez l'acte puis cliquez sur le bouton C.C.A.M

Préciser les codes supplémentaires de l'acte CCAM



Le praticien peut toujours modifier et forcer manuellement le « Montant facturé » de l'acte CCAM.

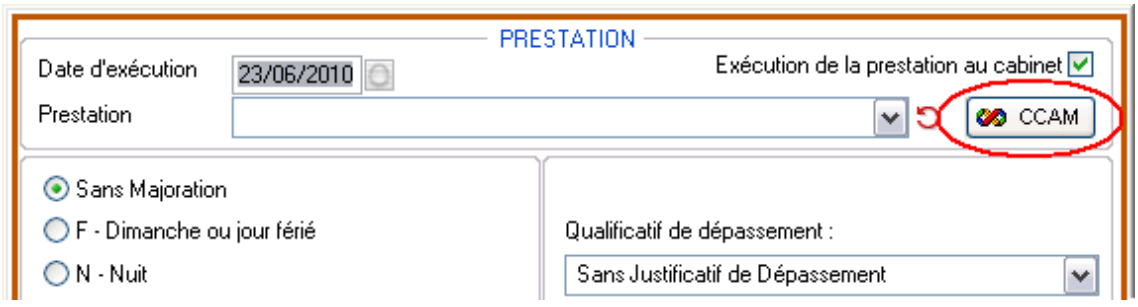
Attention : Tous les codes non remboursables ne peuvent être télétransmis. Certains codes actes ont un montant à Zéro, pour facturer ces actes passer par la modification des codes supplémentaires (Modifier, CCAM, et renseigner la zone Remboursement Except. à : O)

3 De façon exceptionnelle pour utiliser un code CCAM non intégré initialement

- Cliquez sur le bouton

afin d'afficher l'écran de saisie de la prestation, ensuite pour saisir un acte CCAM exceptionnel, cliquez sur le bouton

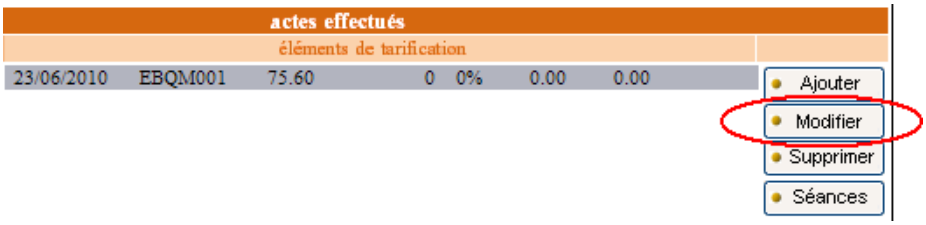
. Vous pouvez aussi avoir directement accès à l'écran général de recherche d'un code CCAM en utilisant **la touche F2** de votre clavier.

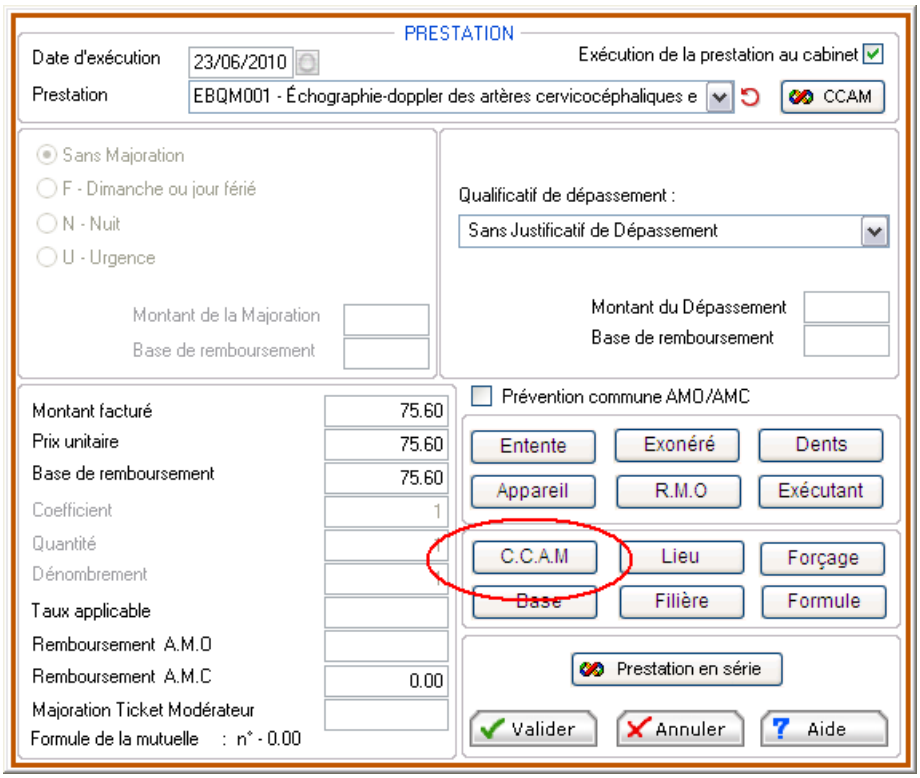


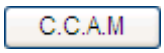
Donne accès à l'écran général de recherche d'un code CCAM (Voir Chapitre :Paramétrage des codes actes CCAM 30) qui après sélection ne sera pas seulement pris en compte dans la feuille de soins mais aussi intégré dans votre liste des prestations AFFID pour une éventuelle utilisation ultérieure.

Pour vérifier et rectifier les codes complémentaires CCAM :

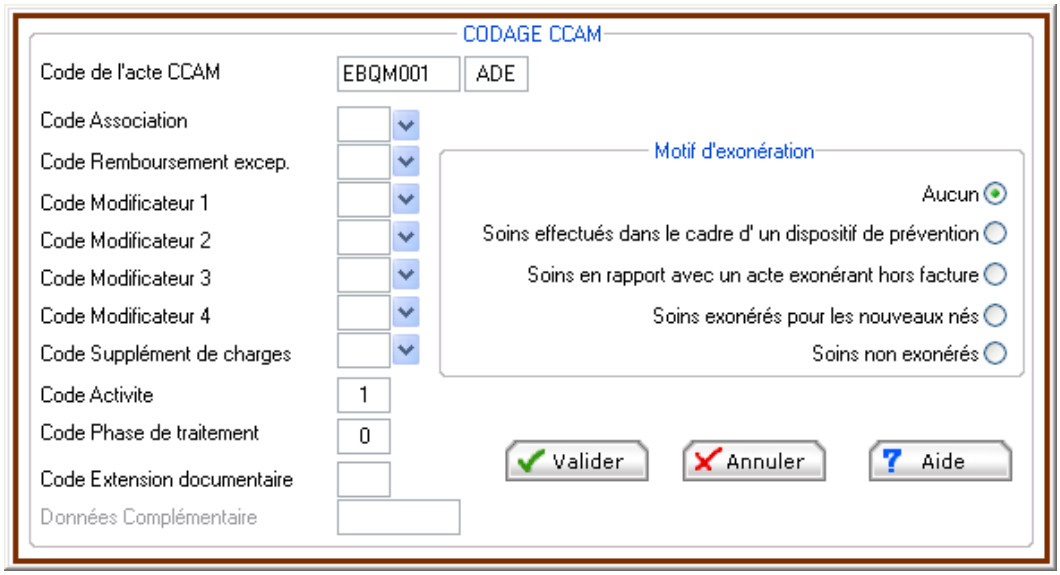
- Sélectionner l'acte facturé dans la partie centrale de la feuille de soins et cliquer sur le bouton



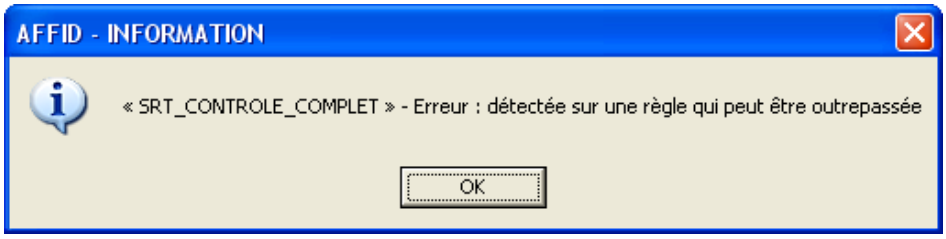


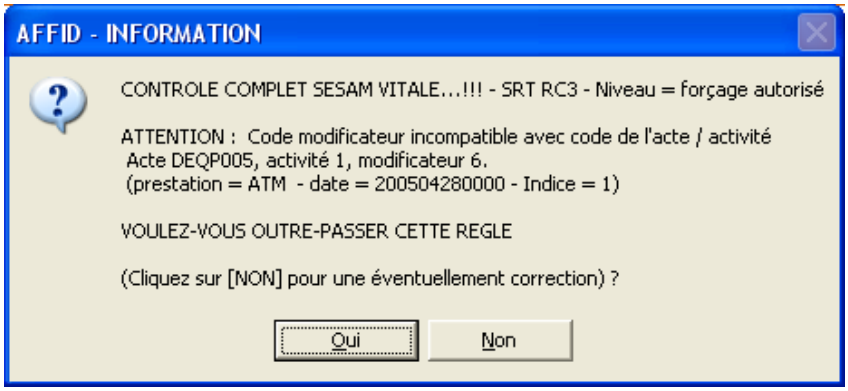
Cliquer sur le bouton 

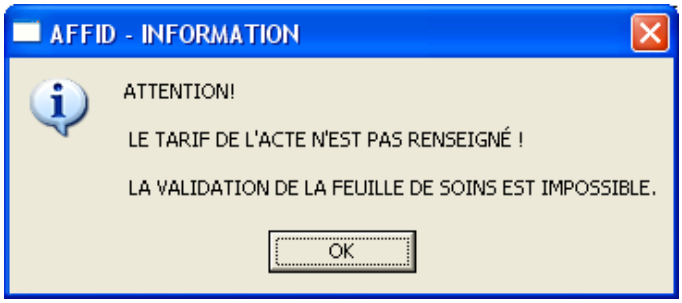
Vérifier et rectifier les codes complémentaires selon le contexte de facturation de l'acte.



Remarque : Lors de la validation de la feuille de soins, s'effectue un contrôle de cohérence de facturation et peuvent apparaître les messages suivants :




AFFID - INFORMATION
CONTROLE COMPLET SESAM VITALE...!!! - SRT RC3 - Niveau = forçage autorisé
ATTENTION : Code modificateur incompatible avec code de l'acte / activité
Acte DEQP005, activité 1, modificateur 6.
(prestation = ATM - date = 200504280000 - Indice = 1)
VOULEZ-VOUS OUTRE-PASSER CETTE REGLE
(Cliquez sur [NON] pour une éventuellement correction) ?
Oui
Non


AFFID - INFORMATION
ATTENTION!
LE TARIF DE L'ACTE N'EST PAS RENSEIGNÉ !
LA VALIDATION DE LA FEUILLE DE SOINS EST IMPOSSIBLE.
OK

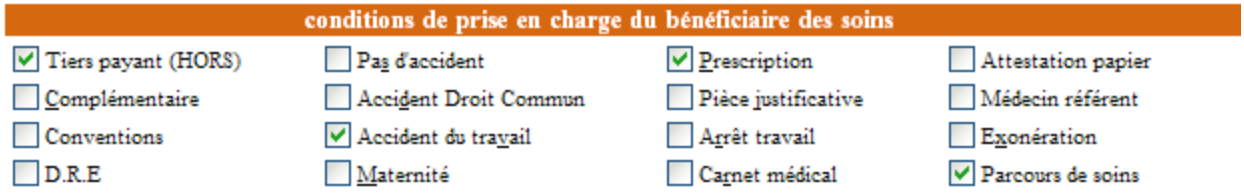
Vous devez alors recontrôler les conditions de tarification et d'utilisation du code acte CCAM concerné. (Voir chapitre : Paramétrage des codes actes CCAM) 30

Vérifiez les codes associations, codes modificateurs et code remboursement, option

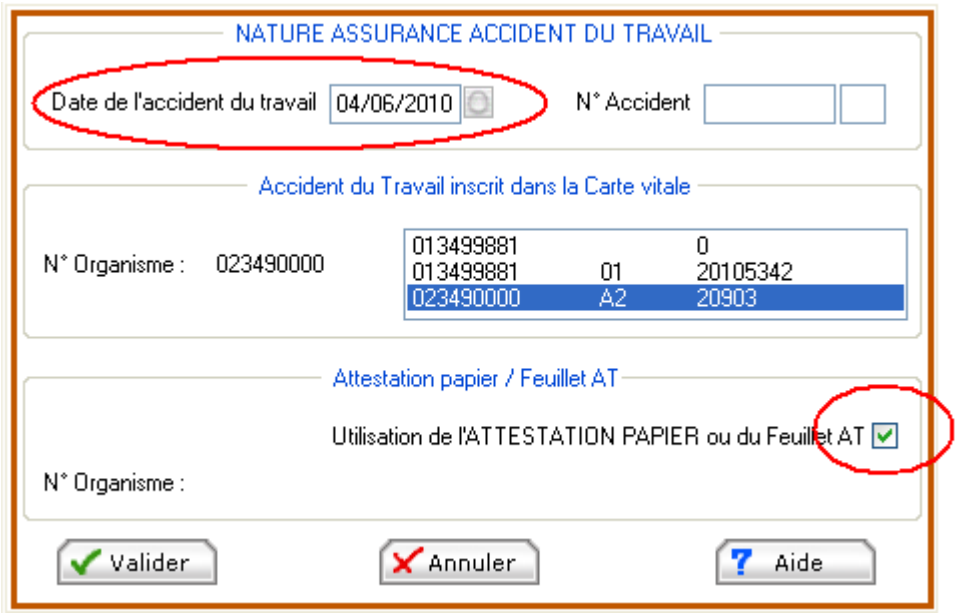
4.5 Règles de gestion spécifique

4.5.1 Les accidents du travail

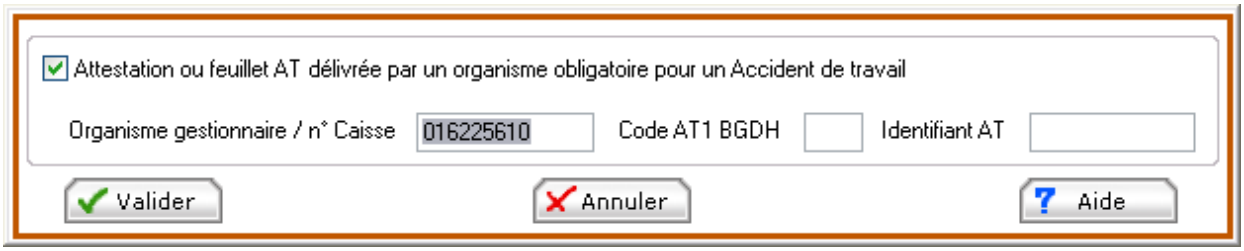
Si l'information de l'accident du travail n'est pas déjà enregistrée, il faut cocher la case accident.



Renseigner la date de l'accident puis cocher la case "utilisation de l'attestation papier ou du feuillet AT" (**zones de saisie obligatoire**)



Puis renseigner le numéro de la caisse dans le champ « Organisme gestionnaire ». Ce numéro doit figurer sur l'attestation papier dans la zone « organisme d'assurance maladie » => Identification

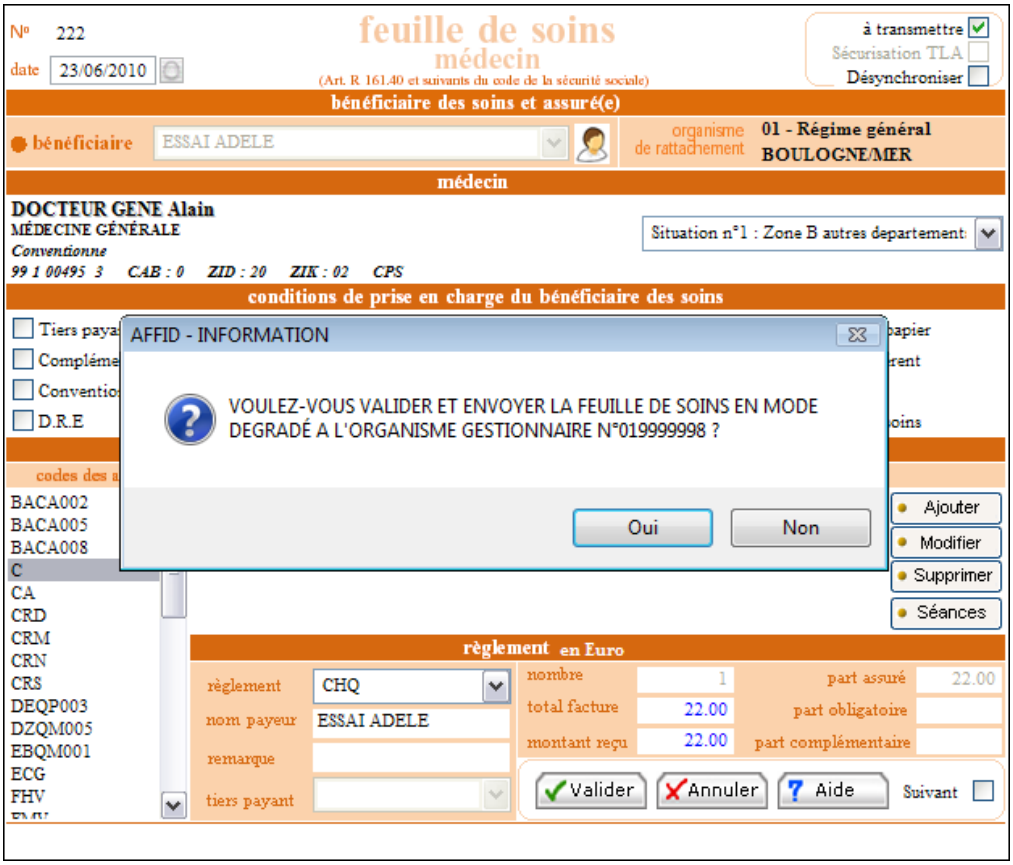

Attestation ou feuillet AT délivrée par un organisme obligatoire pour un Accident de travail
Organisme gestionnaire / n° Caisse 016225610
Code AT1 BGDH
Identifiant AT
Valider
Annuler
Aide

REMARQUE : Si le numéro de caisse gestionnaire n'est pas renseigné sur l'attestation papier, pour la plupart du temps il est indiqué sur la carte vitale du patient.

EXECPTION : Dans le cas ou le numéro de caisse gestionnaire de l'attestation papier est différent de celui renseigné sur la carte vitale du patient, vous devez faire une feuille de soins en mode dégradé. Le logiciel vous propose alors de passé sur ce mode automatiquement sans avoir à réeffectuer l'opération complète.

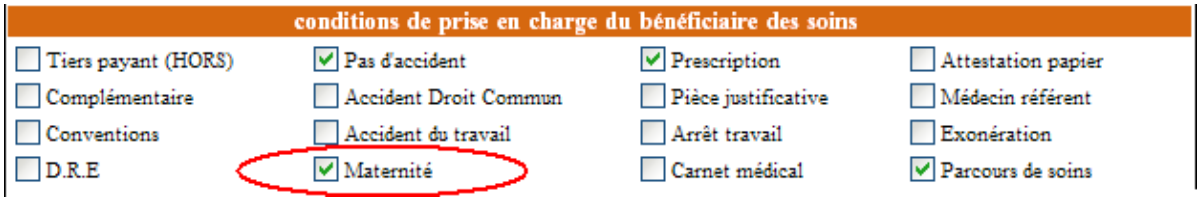
Message affiché :

Message pour le basculement automatique en mode dégradé :

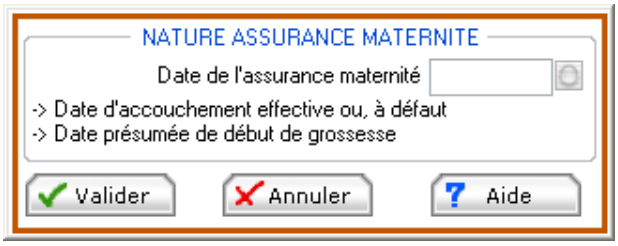


4.5.2 Maternité

Dans le cadre d'une maternité, cochez la case "Maternité" sur la feuille de soins.

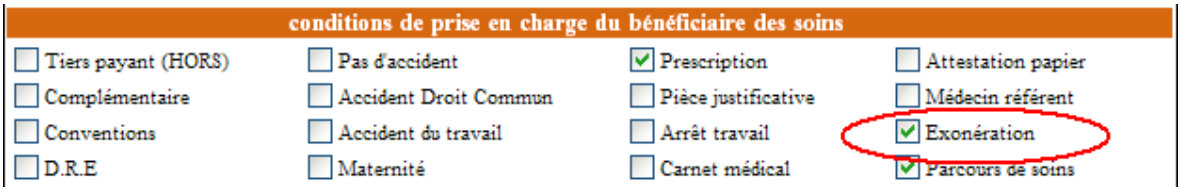


Zone de saisie obligatoire : Date de début de grossesse.

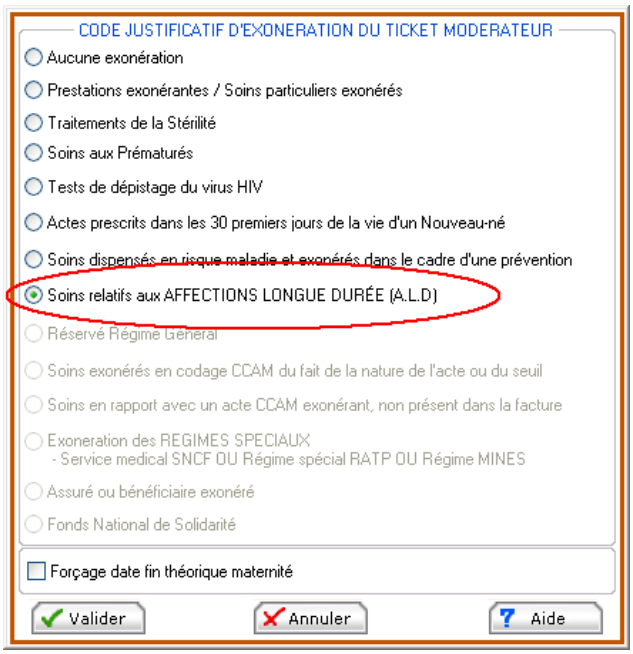


4.5.3 Les ALD (Affection Longue Durée)

En cochant la case exonération de la feuille de soins vous pouvez même si la carte du patient n' est pas à jour forcer l'option A.L.D.



Sélectionnez la ligne "Soins relatifs aux ALD"


CODE JUSTIFICATIF D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR
Aucune exonération
Prestations exonérantes / Soins particuliers exonérés
Traitements de la Stérilité
Soins aux Prématurés
Tests de dépistage du virus HIV
Actes prescrits dans les 30 premiers jours de la vie d'un Nouveau-né
Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'une prévention
Soins relatifs aux AFFECTIONS LONGUE DURÉE (A.L.D)
Réservé Régime Général
Soins exonérés en codage CCAM du fait de la nature de l'acte ou du seuil
Soins en rapport avec un acte CCAM exonérant, non présent dans la facture
Exoneration des REGIMES SPECIAUX
- Service medical SNCF OU Régime spécial RATP OU Régime MINES
Assuré ou bénéficiaire exonéré
Fonds National de Solidarité
Forçage date fin théorique maternité
Valider
Annuler
Aide

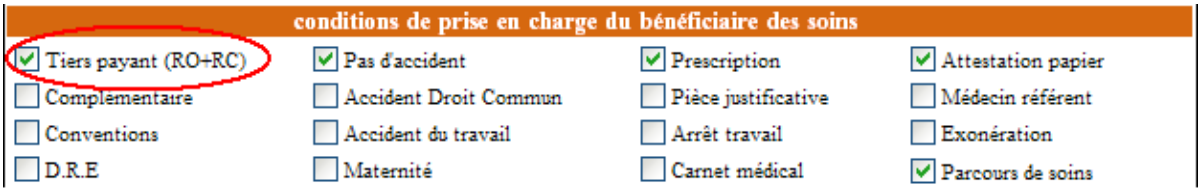
Remarque : Dans le cadre d'une dispense d'avance de frais vous devez aussi cocher la notion tiers payant sur la part obligatoire géré par l'AMO.

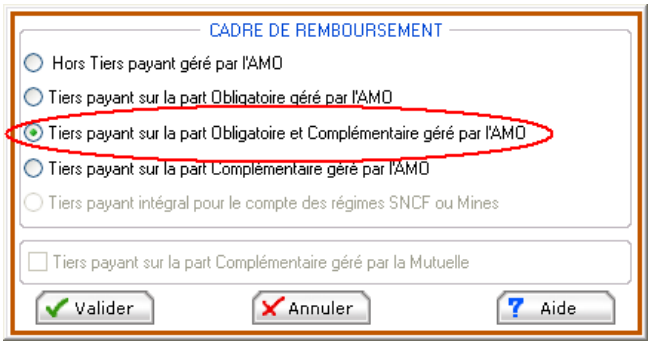
4.5.4 les CMU

Si les données dans la carte vitale du patient sont à jour, le logiciel détermine automatiquement la CMU. Lors de l'ouverture de la feuille de soins les cases « Tiers payant RO+RC » et « Complémentaire » sont cochées par défaut et apparaît dans Règlement « TP ».

Dans le cadre d'une CMU dont la carte vitale du patient n'est pas à jour, le N° de Mutuelle ne sera pas renseigné automatiquement.

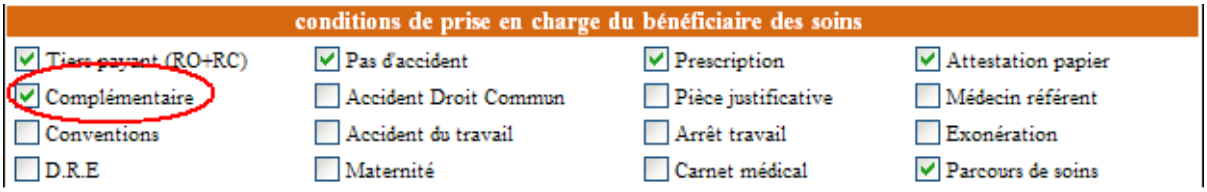
Pour "forcer" la CMU : Cocher sur la feuille de soin la case « Tiers payant (Hors) » , puis sélectionner « Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO »



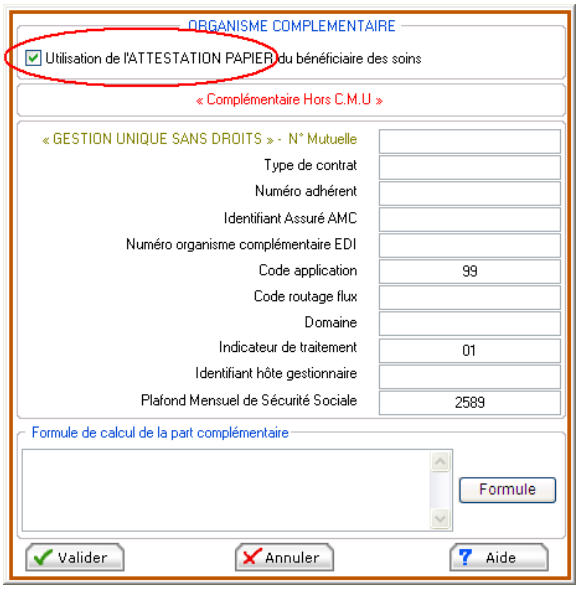

CADRE DE REMBOURSEMENT
Hors Tiers payant géré par l'AMO
Tiers payant sur la part Obligatoire géré par l'AMO
Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO
Tiers payant sur la part Complémentaire géré par l'AMO
Tiers payant intégral pour le compte des régimes SNCF ou Mines
Tiers payant sur la part Complémentaire géré par la Mutuelle
Valider
Annuler
Aide

Validez.

Revient sur la feuille de soins, sélectionnez alors complémentaire :

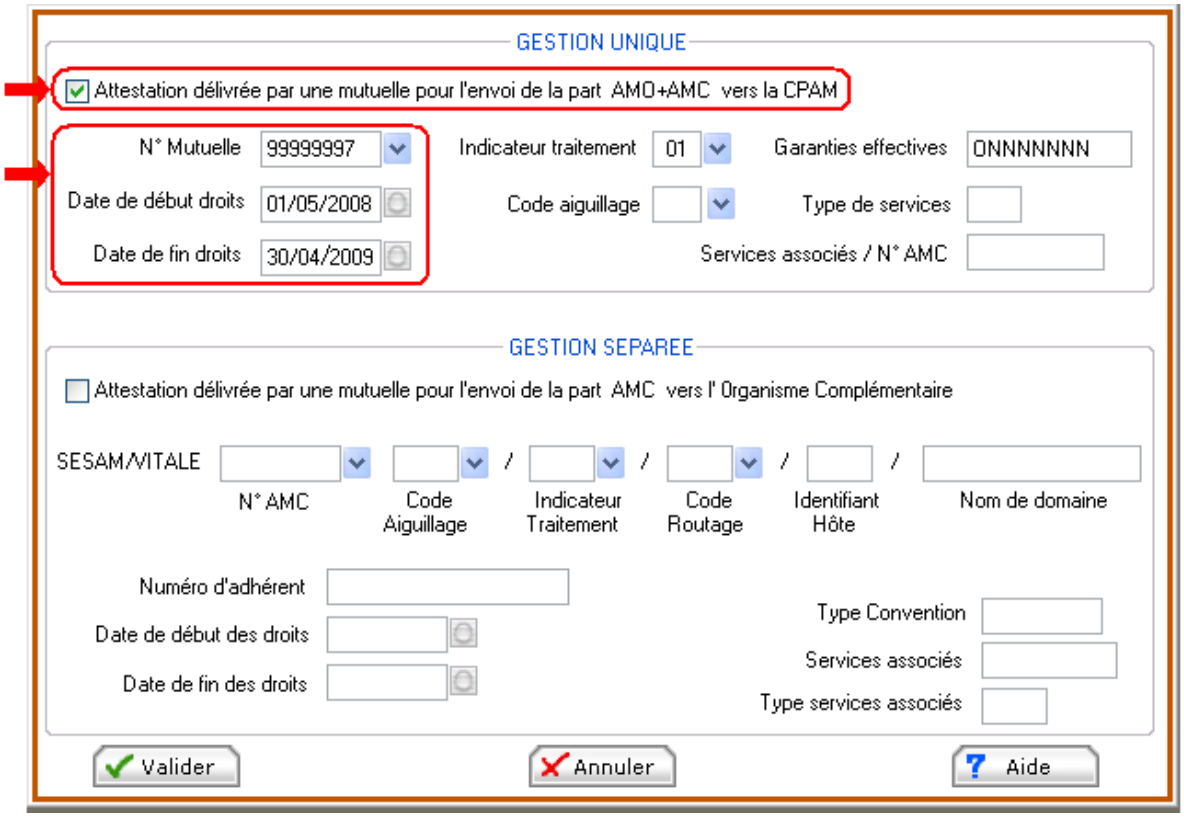


Cocher « Utilisation de l'attestation papier du bénéficiaire des soins »



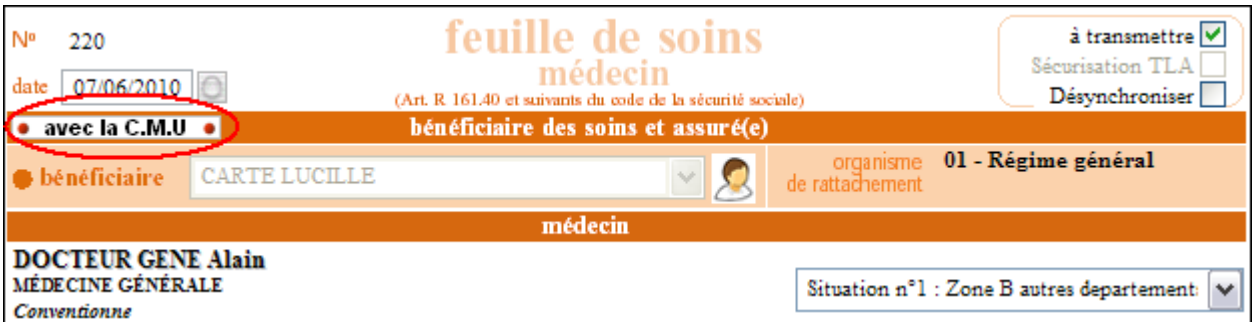
Puis renseigner les zones de saisie obligatoire dans GESTION UNIQUE :

Zones de saisie obligatoire



Validez.

L'indication CMU est alors signifiée sur la feuille de soins.



Remarques : Les N° de mutuelle et leur libellé peuvent être saisis par avance dans le menu ***Paramètres*** et ***Personnalisation des tiers payant*** (uniquement pour les mutuelles en mode gestion unique)

Paramétrage du Tiers Payant
Cochez cette option si l'organisme est une Mutuelle
le numéro doit comporter 8 chiffres en Gestion Unique et 9 à 10 en Gestion Séparée
Numéro - Nom Tiers Payant
Libellé ou SESAM/VITALE
Valider
Annuler
Aide
Suivant

Cocher la case

CMU Générale, N° identification mutuelle : 99999997 (Géré par la caisse principale)

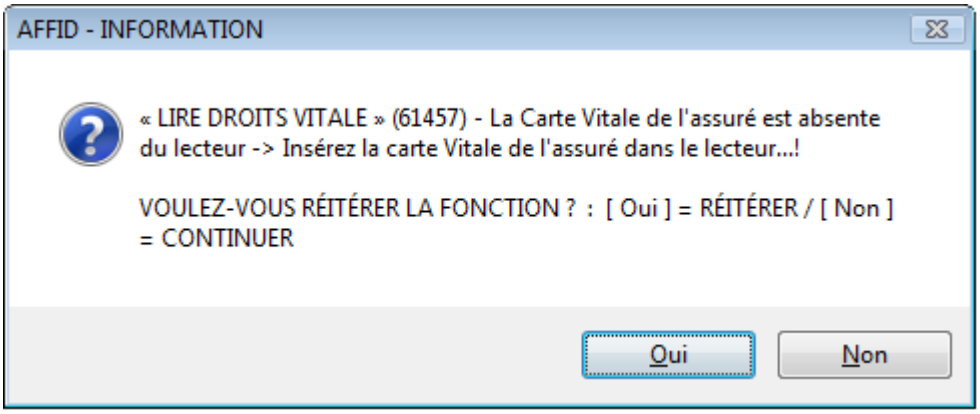
CMU Spécifique, N° identification mutuelle : 88888888 (Géré par l'AMC)

CMU Sortant, N° identification mutuelle : 55555551 (Assuré en fin de droit pendant 1 an)

4.5.5 les AME (Aide Médicale d'Etat)

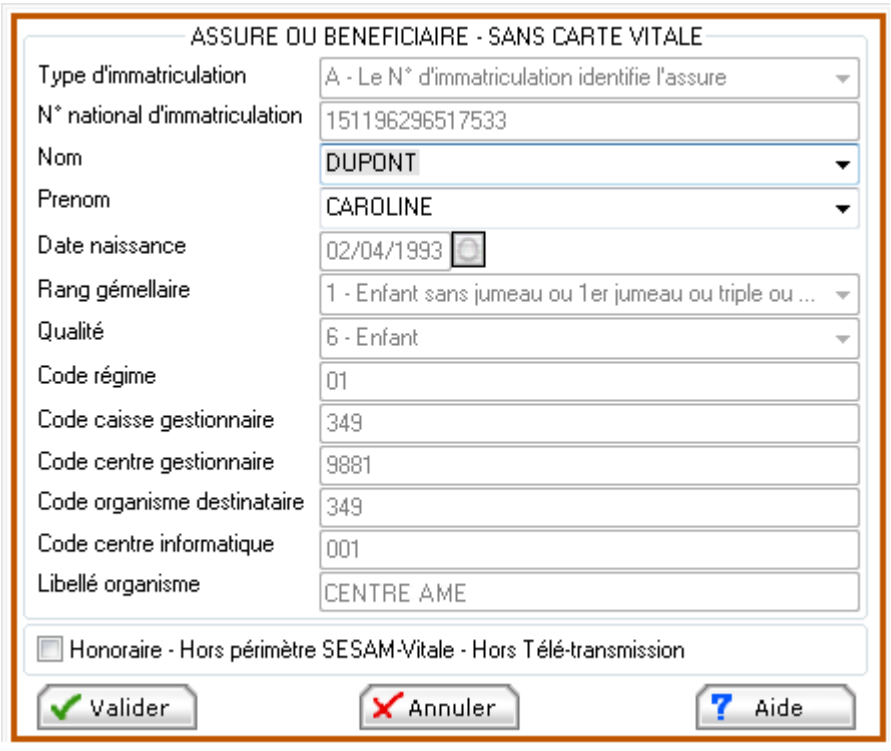
Les Feuilles de soins pour les AME doivent être faites en mode « dégradé ». Pour cela ne pas insérer de carte Vitale dans le lecteur.

Affiche message :


AFFID - INFORMATION
« LIRE DROITS VITALE » (61457) - La Carte Vitale de l'assuré est absente du lecteur -> Insérez la carte Vitale de l'assuré dans le lecteur...!
VOULEZ-VOUS RÉITÉRER LA FONCTION ? : [Oui] = RÉITÉRER / [Non] = CONTINUER
Oui
Non

Cliquer sur Non

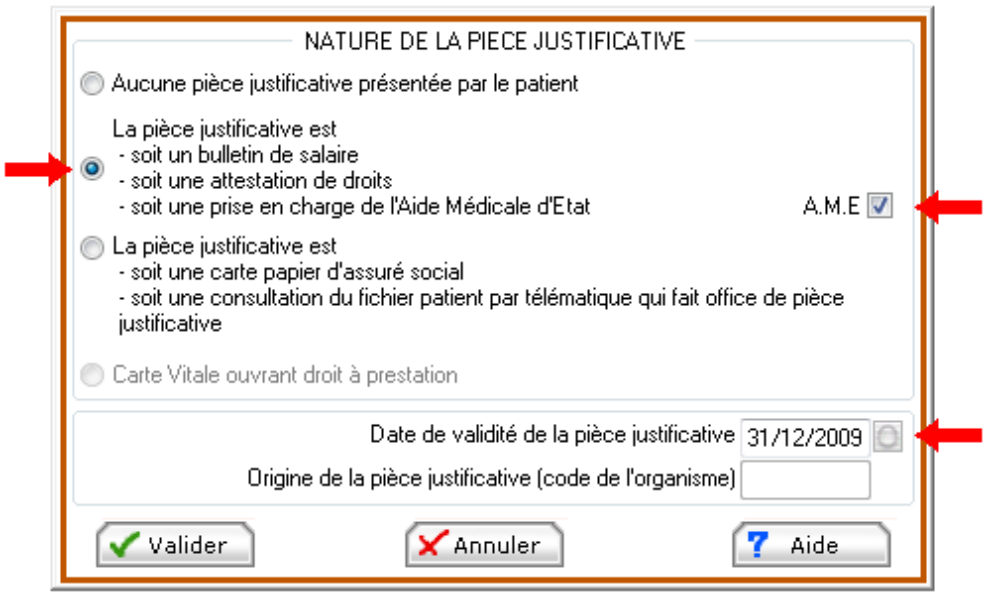
Exemple de saisie des données de l'attestation AME du patient



Code régime = 2 caractères Num
Code caisse = 3 caractères Num
Code centre = 4 caractères Num
Organ. destinataire = Code caisse
Centre info = 001 par défaut.

Valider.

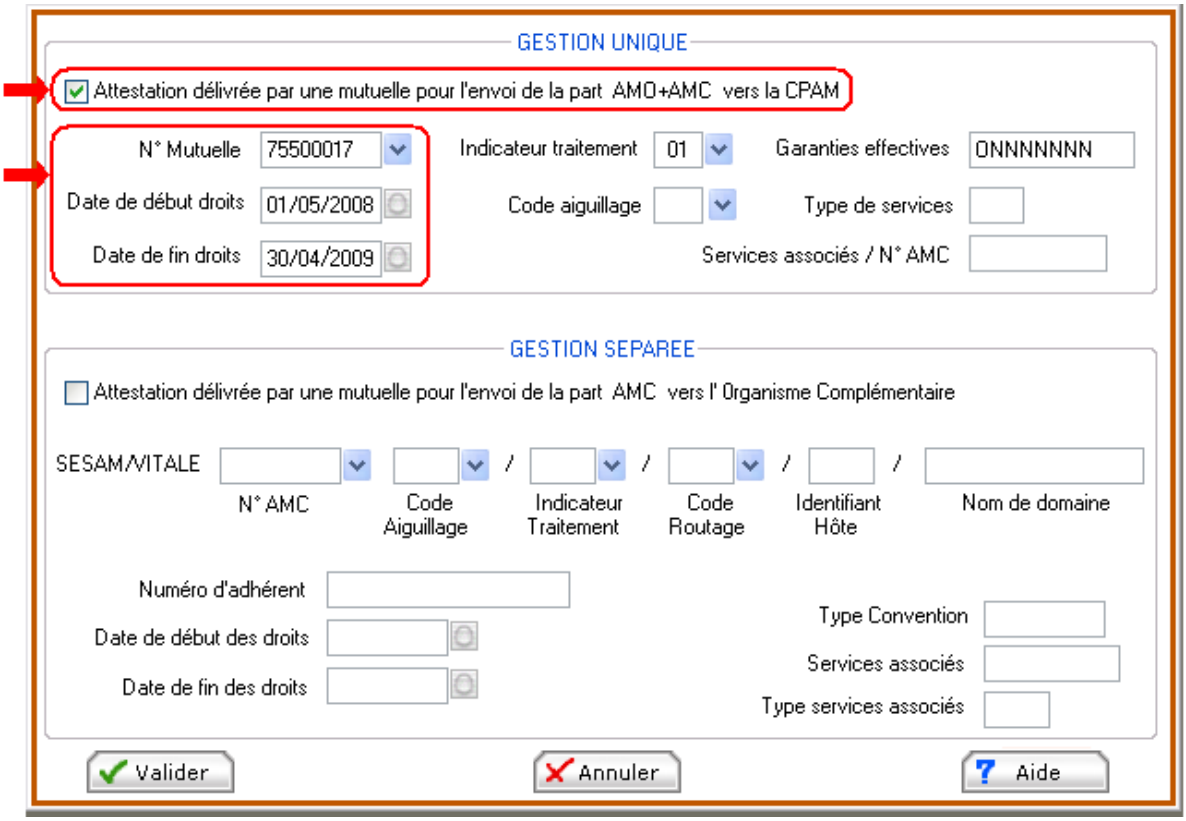
Cocher le 2ème choix puis AME et saisir la date de validité.


NATURE DE LA PIECE JUSTIFICATIVE
Aucune pièce justificative présentée par le patient
La pièce justificative est
- soit un bulletin de salaire
- soit une attestation de droits
- soit une prise en charge de l'Aide Médicale d'Etat
A.M.E
La pièce justificative est
- soit une carte papier d'assuré social
- soit une consultation du fichier patient par télématique qui fait office de pièce justificative
Carte Vitale ouvrant droit à prestation
Date de validité de la pièce justificative 31/12/2009
Origine de la pièce justificative (code de l'organisme)
Valider
Annuler
Aide

Valider.

Cliquer sur

Saisie de l'Attestation



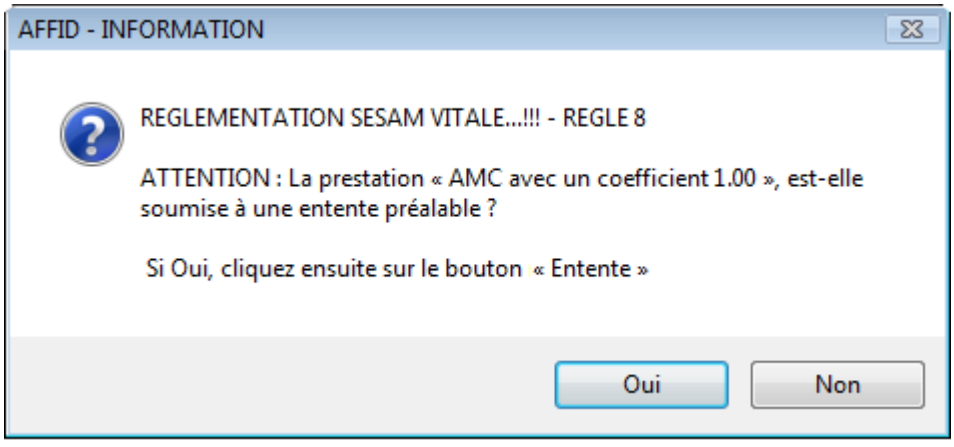
Remarque : le 1er chiffre de l'identifiant Mutuelle AME peut commencer par 8 ou 7. Si Exonération du ticket modérateur (ALD,Maternité, AT…) ne par faire de FSE (car part AMO=0)

Valider

Puis validez votre feuille de soins

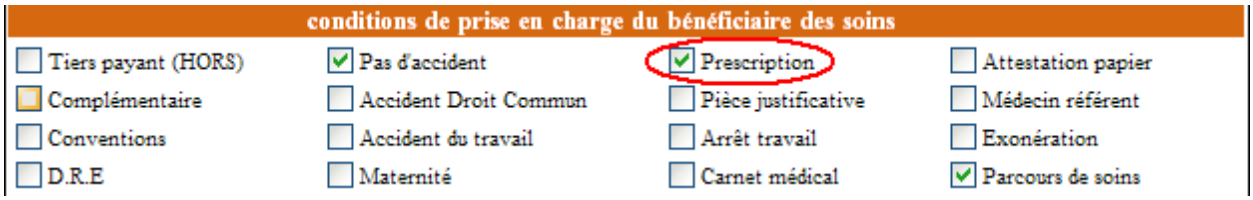
4.5.6 Les ententes préalables

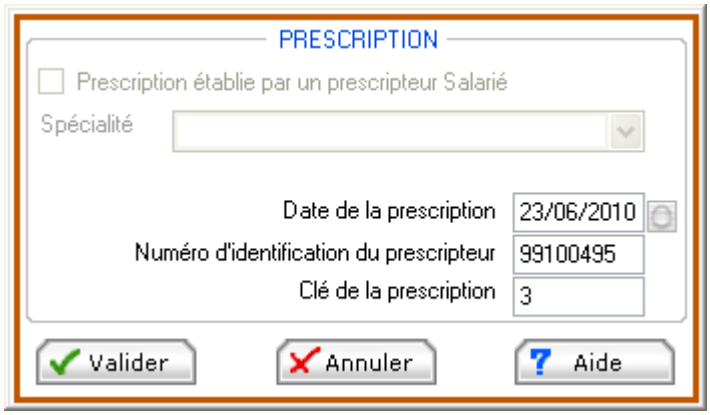
Lors de la validation de la FSE il peut apparaître un message comme quoi un acte pour être remboursable doit faire l'objet d'une entente préalable.


AFFID - INFORMATION
REGLEMENTATION SESAM VITALE...!!! - REGLE 8
ATTENTION : La prestation « AMC avec un coefficient 1.00 », est-elle soumise à une entente préalable ?
Si Oui, cliquez ensuite sur le bouton « Entente »
Oui
Non

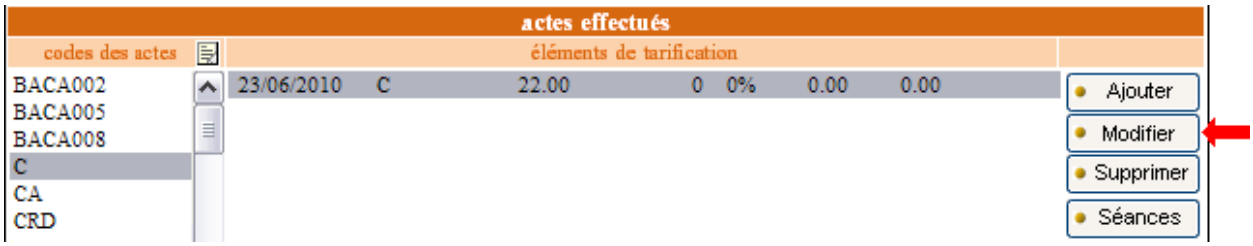
Pour cela il faut :

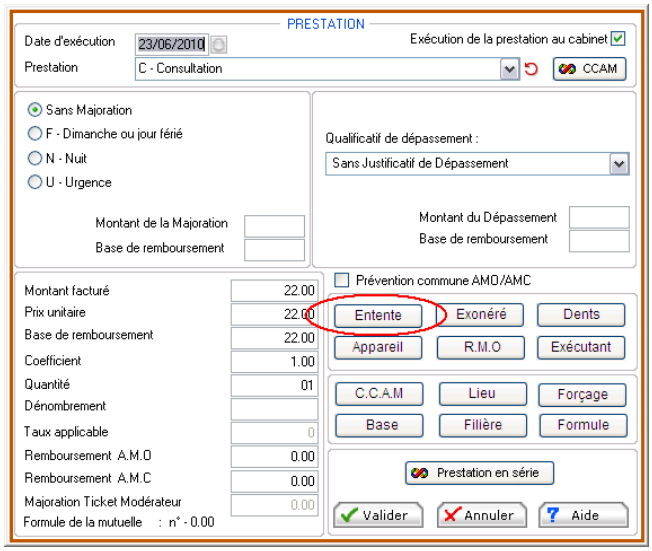
1 – Cliquer sur « Prescription » et renseigner la date de prescription

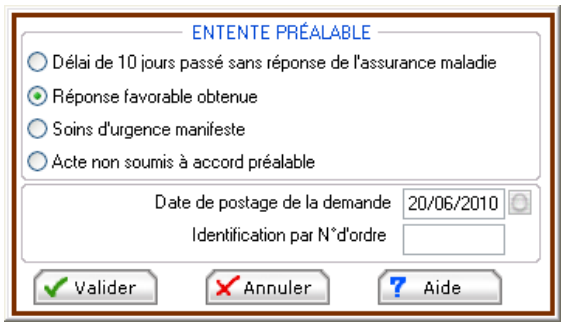




2 – Au niveau de la prestation effectué, cliquer sur le bouton « modifier » puis sur le bouton « Entente » pour saisir la date d'entente.







Attention à la chronologie des dates :

La date de prestation doit être > à la date d'entente et > à la date de prescription

4.5.7 Les tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire)

Modes complémentaires

Le « Contrat Top mutualiste » n'est plus utilisé en version 1.40, il est dorénavant impossible de forcer le remboursement de la part complémentaire. Intégrer les numéros préfectoraux des AMC.

2 types de gestion des mutuelles complémentaires :

- **Gestion Unique** : organismes gérant à la fois la part obligatoire et la part complémentaire pour l'assuré (appelés organismes **en mode de gestion unique**)
- **Gestion séparée** : Organismes gérant uniquement la par complémentaire pour l'assuré (appelés organismes **en mode de gestion séparée**)

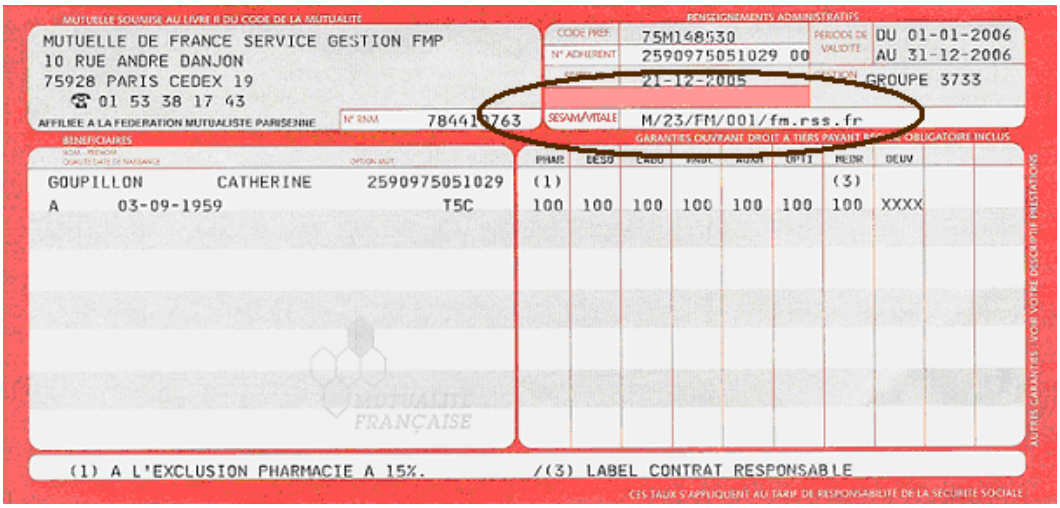
Détermination du mode de Gestion Unique ou Gestion Séparée :

Si les données de la mutuelle sont inscrites dans la carte vitale, le logiciel le détermine automatiquement.

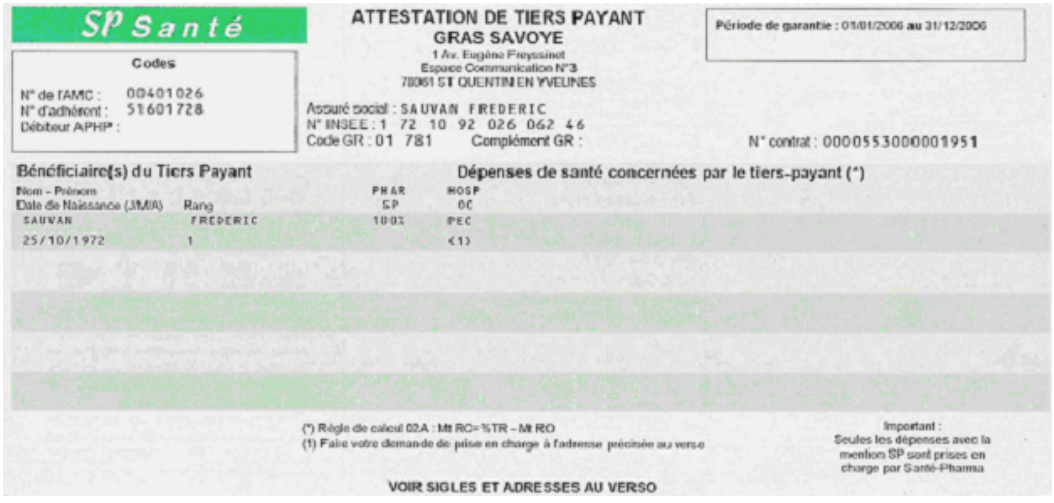
Si la mutuelle n'est pas renseignée dans la carte vitale, saisir l'attestation papier délivrée par l' organisme complémentaire.

Dans le cadre d'une complémentaire en **mode gestion séparée**, il apparaît sur l'attestation une zone « SESAM-VITALE » avec les coordonnées électroniques de l'AMC pour la DRE.
Dans le cadre d'une complémentaire en **mode gestion unique,** aucune zone SESAM-VITALE n'est prévue sur l'attestation.

Ex : Attestation en mode gestion séparée :



Ex Attestation en mode gestion Unique :


SP Santé
ATTESTATION DE TIERS PAYANT
GRAS SAVOYE
1 Av. Eugène Freyssinet
Espace Communication N°3
78061 ST QUENTIN EN YVELINES
Période de garantie : 01/01/2006 au 31/12/2006
Codes
N° de l'AMC : 00401026
N° d'adhérent : 51601728
Débiteur APHP :
Assuré social : SAUVAN FREDERIC
N° INSEE : 1 72 10 92 026 062 46
Code GR : 01 781 Complément GR :
N° contrat : 0000553000001951
Bénéficiaire(s) du Tiers Payant
Dépenses de santé concernées par le tiers-payant (*)
SAUVAN FREDERIC
25/10/1972 1
(*) Règle de calcul 02A : Mt RO=%TR – Mt RO
(1) Faire votre demande de prise en charge à l'adresse précisée au verso
Important :
Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par Santé-Pharma
VOIR SIGLES ET ADRESSES AU VERSO

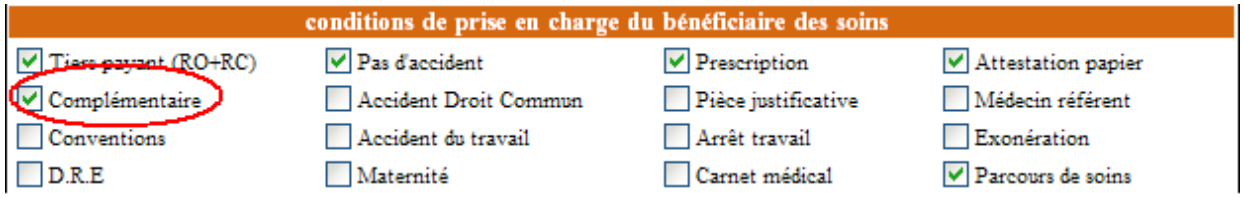
Elaboration d'une feuille de soins en tiers payant AMC

Cocher sur la feuille de soin la case « Hors Tiers payant » , puis sélectionner « Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO »

CADRE DE REMBOURSEMENT
Hors Tiers payant géré par l'AMO
Tiers payant sur la part Obligatoire géré par l'AMO
Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO
Tiers payant sur la part Complémentaire gérè par l'AMO
Tiers payant intégral pour le compte des régimes SNCF ou Mines
Tiers payant sur la part Complémentaire géré par la Mutuelle
Valider
Annuler
Aide

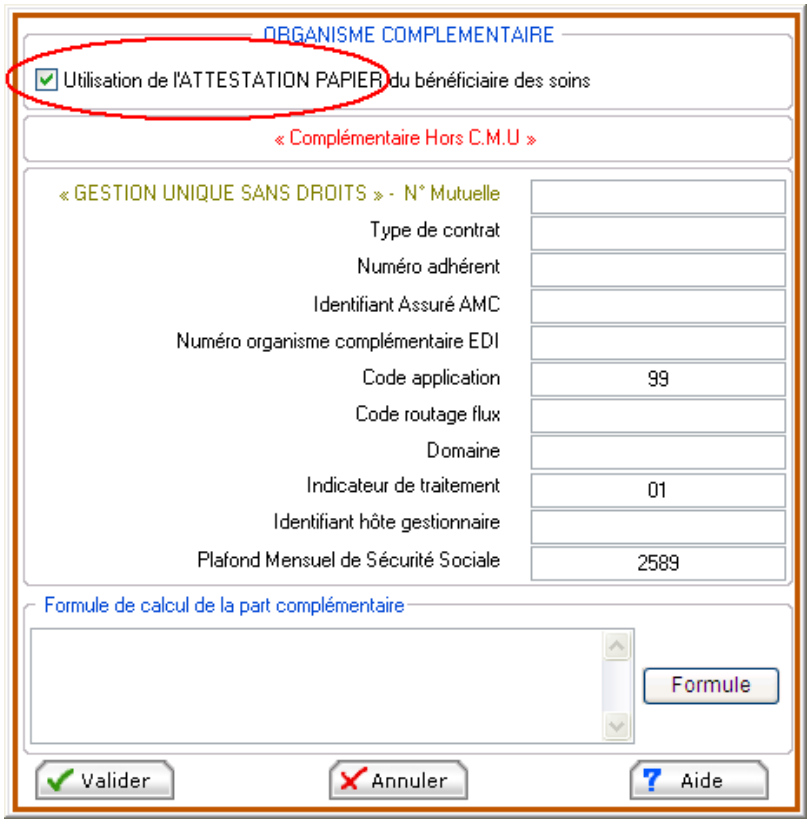
validez.

Revient sur la feuille de soins, sélectionnez alors complémentaire :



Cocher « Utilisation de l'attestation papier du bénéficiaire des soins »

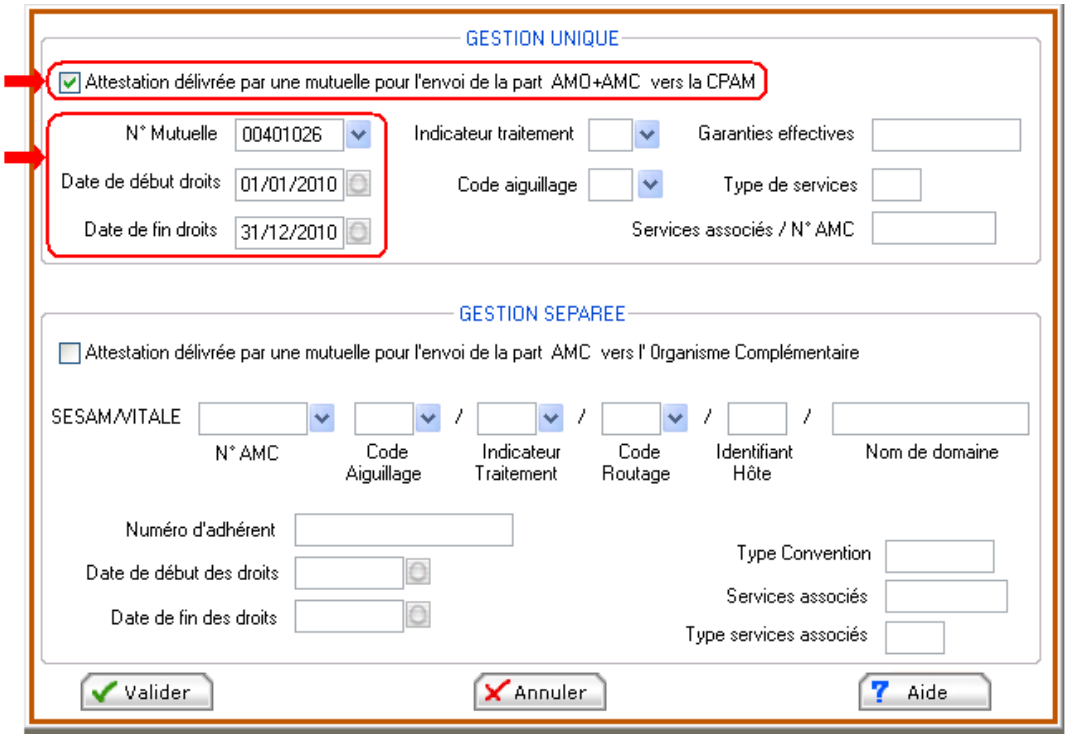
Valider



Puis renseigner les zones de saisie obligatoire :

- **Soit « Gestion Unique »** (N° d'identification Mutuelle à 8 caractères).

➡ Zones de saisie obligatoire

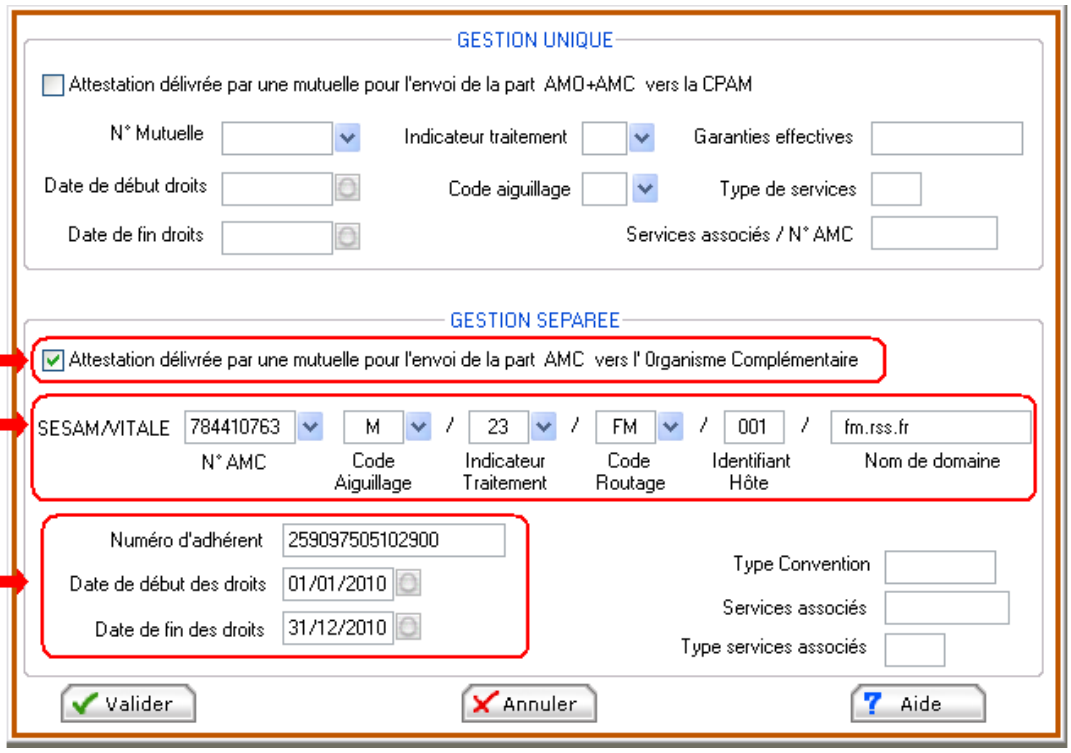


Remarques : Les N° de mutuelle et leur libellé peut être saisi par avance dans le menu ***Paramètres*** et ***Personnalisation des tiers payant***

- **Soit « Gestion Séparée »** (N° de complémentaire à 9 caractères ou plus).

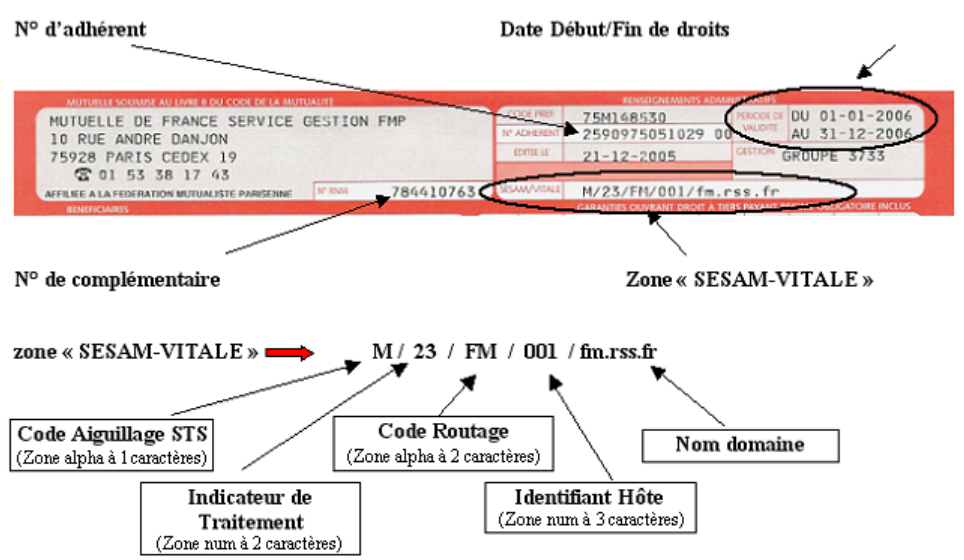
Concerne les organismes complémentaires ayant signé la convention avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants.

➡ Zones de saisie obligatoire



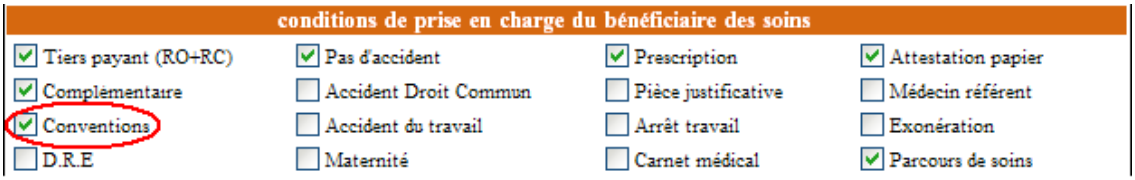
Toutes les zones obligatoires de saisie figurent sur l'attestation papier :

Exemple :



Valider votre saisie (Les informations resteront en mémoire et se réinitialiseront automatiquement lors des nouvelles feuilles de soins pour le même patient).

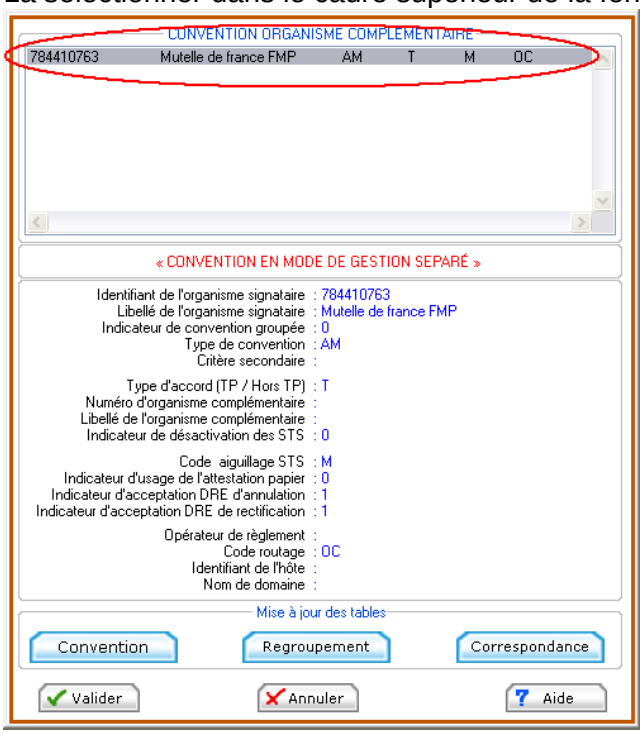
Revient sur la feuille de soins, **cochez alors Convention :**



2 Cas :

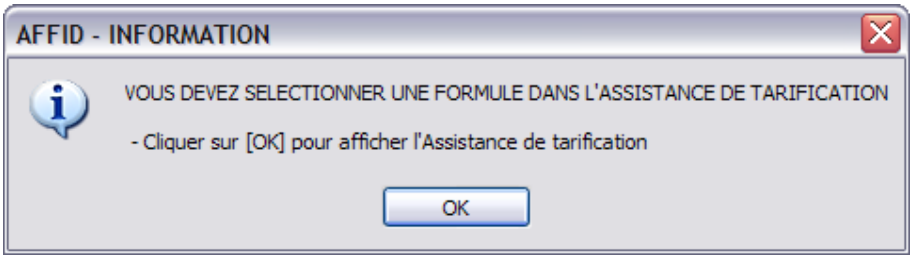
1. La convention est déjà existante dans les tables :

La sélectionner dans le cadre supérieur de la fenêtre.

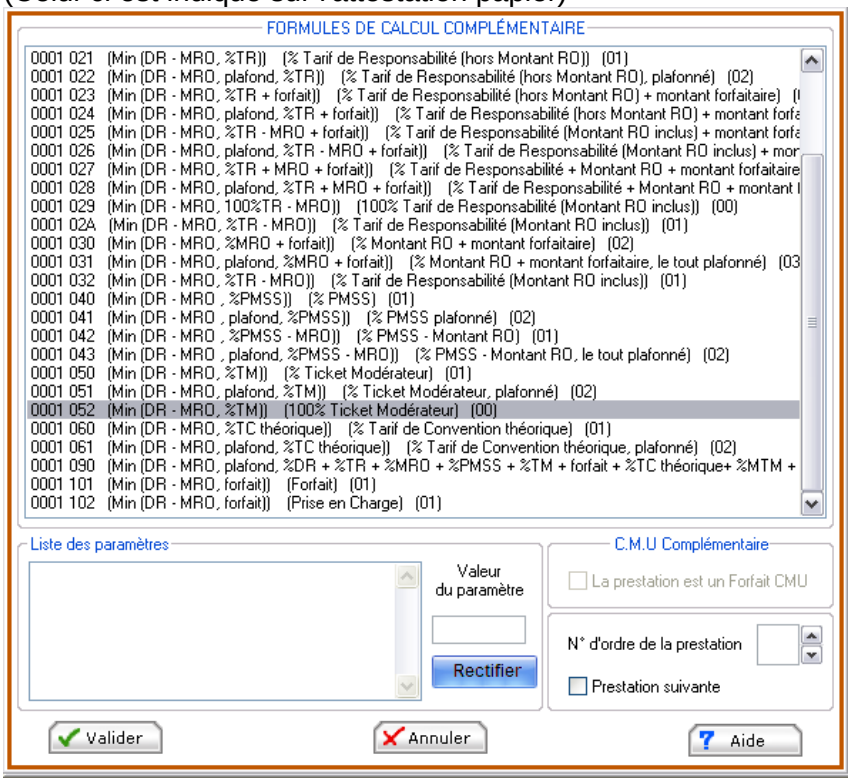

CONVENTION ORGANISME COMPLEMENTAIRE
784410763 Mutelle de france FMP AM T M OC
« CONVENTION EN MODE DE GESTION SEPARÉ »
Identifiant de l'organisme signataire : 784410763
Libellé de l'organisme signataire : Mutelle de france FMP
Indicateur de convention groupée : 0
Type de convention : AM
Critère secondaire :
Type d'accord (TP / Hors TP) : T
Numéro d'organisme complémentaire :
Libellé de l'organisme complémentaire :
Indicateur de désactivation des STS : 0
Code aiguillage STS : M
Indicateur d'usage de l'attestation papier : 0
Indicateur d'acceptation DRE d'annulation : 1
Indicateur d'acceptation DRE de rectification : 1
Opérateur de règlement :
Code routage : OC
Identifiant de l'hôte :
Nom de domaine :
Mise à jour des tables
Convention
Regroupement
Correspondance
Valider
Annuler
Aide

Validez et Validez la feuille de soins, (Une DRE est automatiquement générée).

Dans le cas ou aucune formule de calcul du remboursement AMC n'est sélectionnée, il apparaît alors le message suivant :

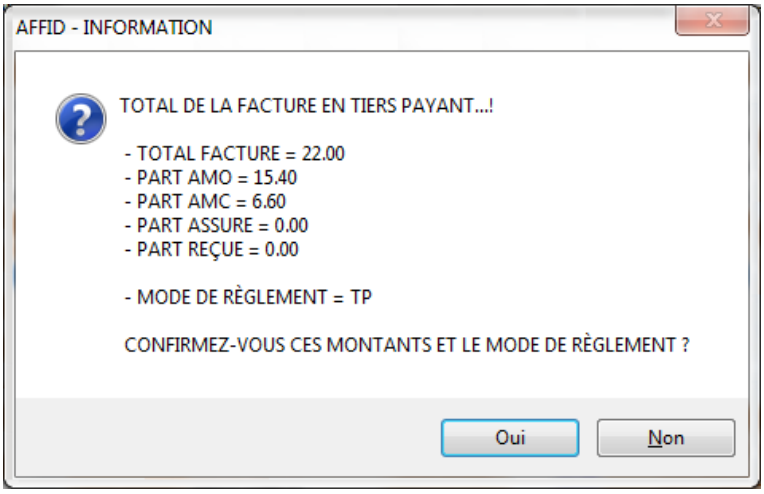

AFFID - INFORMATION
VOUS DEVEZ SELECTIONNER UNE FORMULE DANS L'ASSISTANCE DE TARIFICATION
- Cliquer sur [OK] pour afficher l'Assistance de tarification
OK

Sélectionnez le numéro de formule correspondant au mode de calcul de la mutuelle du patient (Celui-ci est indiqué sur l'attestation papier)


FORMULES DE CALCUL COMPLÉMENTAIRE
0001 021 (Min (DR - MRO, %TR)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO)) (01)
0001 022 (Min (DR - MRO, plafond, %TR)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO), plafonné) (02)
0001 023 (Min (DR - MRO, %TR + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO) + montant forfaitaire)
0001 024 (Min (DR - MRO, plafond, %TR + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO) + montant forfa
0001 025 (Min (DR - MRO, %TR - MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus) + montant forfa
0001 026 (Min (DR - MRO, plafond, %TR - MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus) + mor
0001 027 (Min (DR - MRO, %TR + MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité + Montant RO + montant forfaitaire
0001 028 (Min (DR - MRO, plafond, %TR + MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité + Montant RO + montant
0001 029 (Min (DR - MRO, 100%TR - MRO)) (100% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus)) (00)
0001 02A (Min (DR - MRO, %TR - MRO)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus)) (01)
0001 030 (Min (DR - MRO, %MRO + forfait)) (% Montant RO + montant forfaitaire) (02)
0001 031 (Min (DR - MRO, plafond, %MRO + forfait)) (% Montant RO + montant forfaitaire, le tout plafonné) (03
0001 032 (Min (DR - MRO, %TR - MRO)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus)) (01)
0001 040 (Min (DR - MRO , %PMSS)) (% PMSS) (01)
0001 041 (Min (DR - MRO , plafond, %PMSS)) (% PMSS plafonné) (02)
0001 042 (Min (DR - MRO , %PMSS - MRO)) (% PMSS - Montant RO) (01)
0001 043 (Min (DR - MRO , plafond, %PMSS - MRO)) (% PMSS - Montant RO, le tout plafonné) (02)
0001 050 (Min (DR - MRO, %TM)) (% Ticket Modérateur) (01)
0001 051 (Min (DR - MRO, plafond, %TM)) (% Ticket Modérateur, plafonné) (02)
0001 052 (Min (DR - MRO, %TM)) (100% Ticket Modérateur) (00)
0001 060 (Min (DR - MRO, %TC théorique)) (% Tarif de Convention théorique) (01)
0001 061 (Min (DR - MRO, plafond, %TC théorique)) (% Tarif de Convention théorique, plafonné) (02)
0001 090 (Min (DR - MRO, plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique+ %MTM +
0001 101 (Min (DR - MRO, forfait)) (Forfait) (01)
0001 102 (Min (DR - MRO, forfait)) (Prise en Charge) (01)
Liste des paramètres
Valeur du paramètre
Rectifier
C.M.U Complémentaire
La prestation est un Forfait CMU
N° d'ordre de la prestation
Prestation suivante
Valider
Annuler
Aide

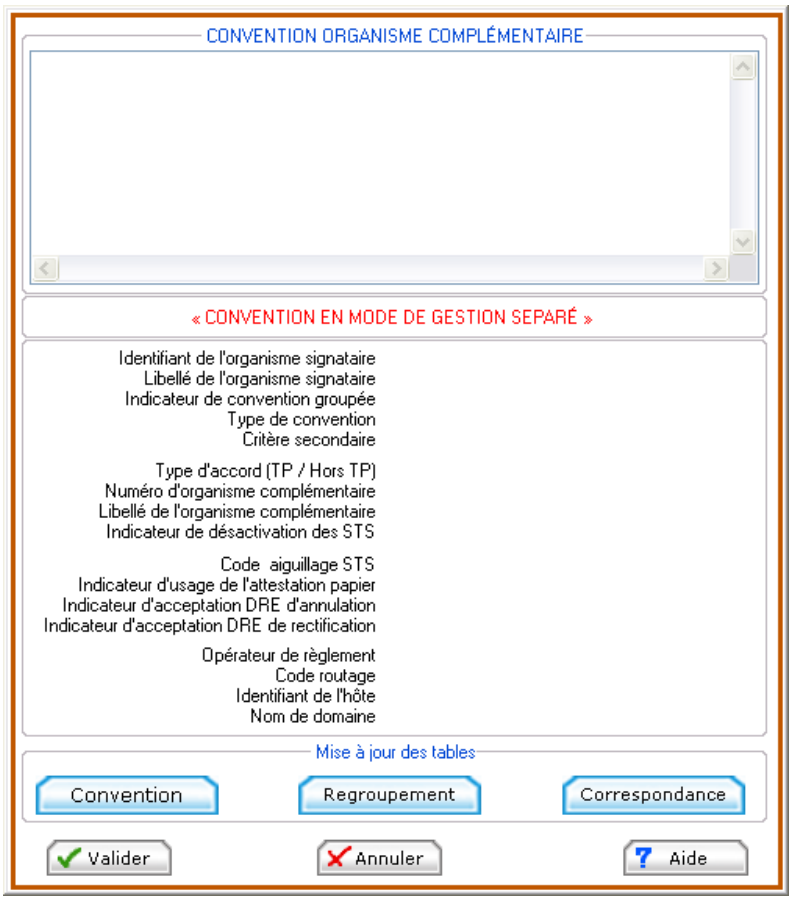
Valider, puis Valider votre feuille de soins

Affiche le calcul de la part AMC au moment de la sécurisation de la feuille de soins.


AFFID - INFORMATION
TOTAL DE LA FACTURE EN TIERS PAYANT...!
- TOTAL FACTURE = 22.00
- PART AMO = 15.40
- PART AMC = 6.60
- PART ASSURE = 0.00
- PART REÇUE = 0.00
- MODE DE RÈGLEMENT = TP
CONFIRMEZ-VOUS CES MONTANTS ET LE MODE DE RÈGLEMENT ?
Oui
Non

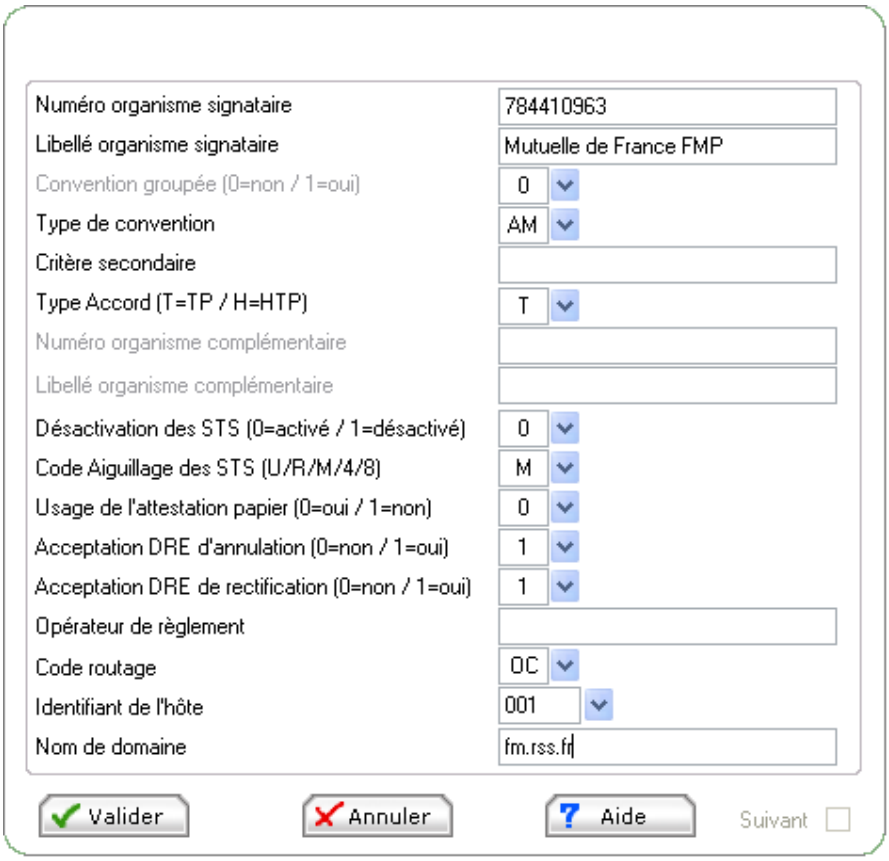
2. La convention est inexistante dans les tables :

Aucune convention proposée dans le cadre supérieur de la fenêtre.



Cliquer sur

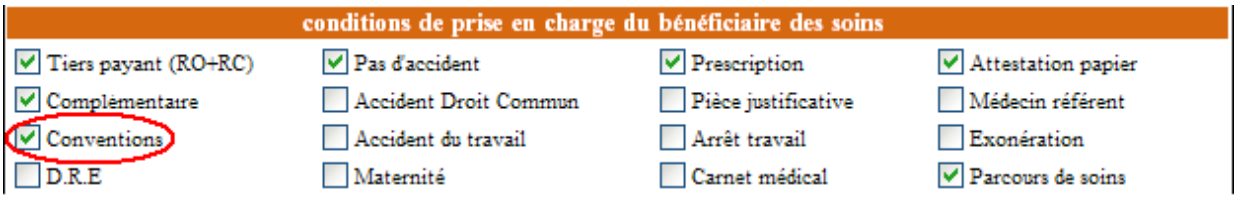
Puis renseigner les zones :



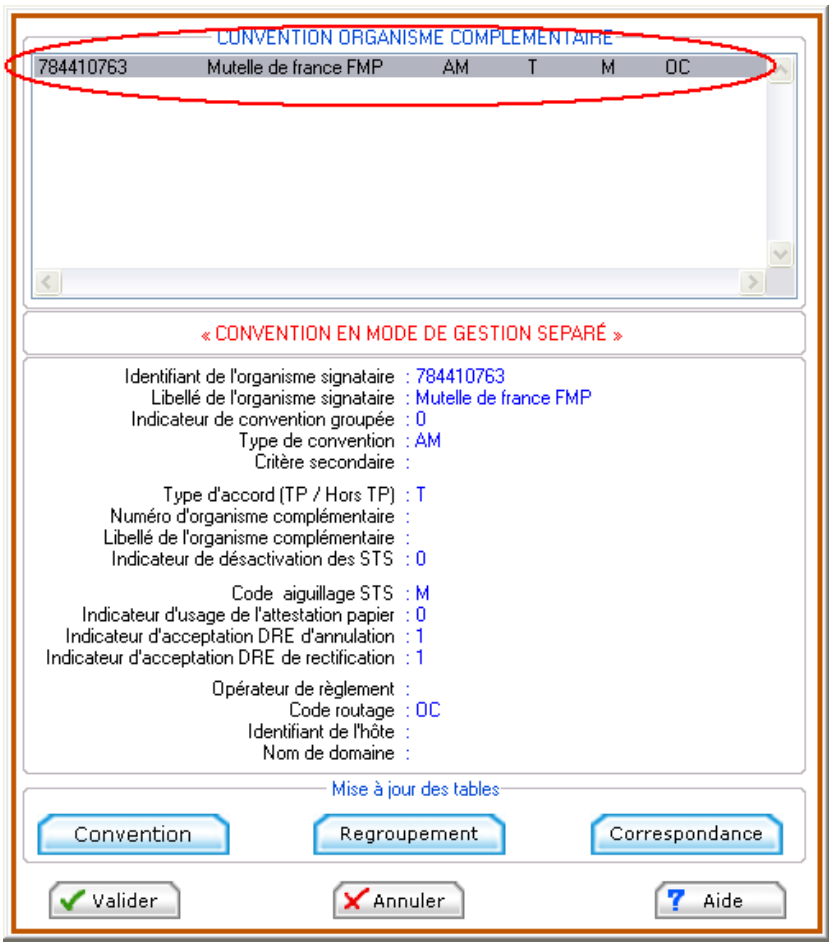
et Valider.

La convention est enregistrée dans les tables. il vous faut ensuite la sélectionner pour la feuille de soins en cours :

Recliquez sur la case "Convention"

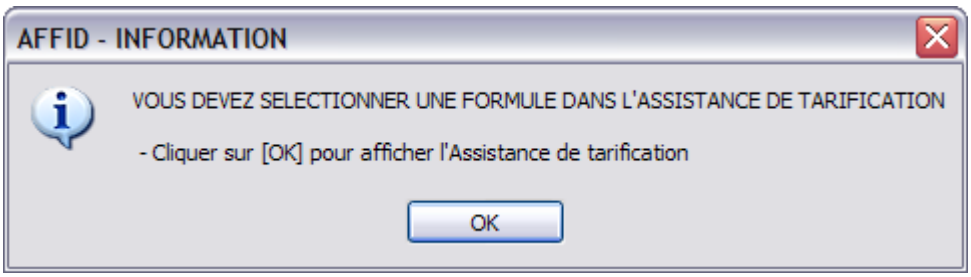


Sélectionnez la nouvelle convention créée dans le cadre

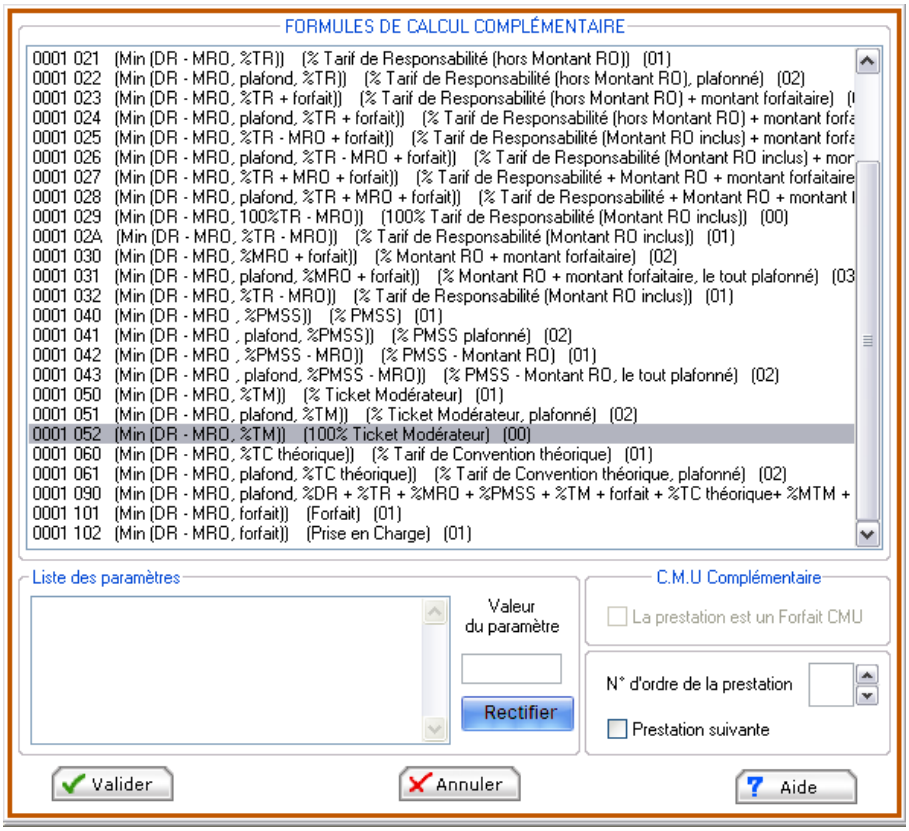

CONVENTION ORGANISME COMPLEMENTAIRE
784410763 Mutelle de france FMP AM T M OC
« CONVENTION EN MODE DE GESTION SEPARÉ »
Identifiant de l'organisme signataire : 784410763
Libellé de l'organisme signataire : Mutelle de france FMP
Indicateur de convention groupée : 0
Type de convention : AM
Critère secondaire :
Type d'accord (TP / Hors TP) : T
Numéro d'organisme complémentaire :
Libellé de l'organisme complémentaire :
Indicateur de désactivation des STS : 0
Code aiguillage STS : M
Indicateur d'usage de l'attestation papier : 0
Indicateur d'acceptation DRE d'annulation : 1
Indicateur d'acceptation DRE de rectification : 1
Opérateur de règlement :
Code routage : OC
Identifiant de l'hôte :
Nom de domaine :
Mise à jour des tables
Convention
Regroupement
Correspondance
Valider
Annuler
Aide

Validez et Validez la feuille de soins, (Une DRE est automatiquement générée).

Dans le cas ou aucune formule de calcul de remboursement AMC n'est sélectionnée, il apparaît alors le message suivant :

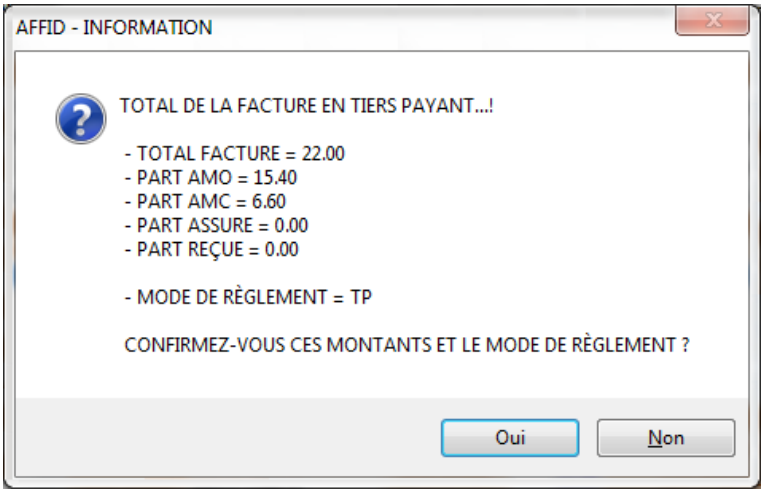

AFFID - INFORMATION
VOUS DEVEZ SELECTIONNER UNE FORMULE DANS L'ASSISTANCE DE TARIFICATION
- Cliquer sur [OK] pour afficher l'Assistance de tarification
OK

Sélectionnez le numéro de formule correspondant au mode de calcul de la mutuelle du patient (Celui-ci est indiqué sur l'attestation papier)


FORMULES DE CALCUL COMPLÉMENTAIRE
0001 021 (Min (DR - MRO, %TR)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO)) (01)
0001 022 (Min (DR - MRO, plafond, %TR)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO), plafonné) (02)
0001 023 (Min (DR - MRO, %TR + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO) + montant forfaitaire)
0001 024 (Min (DR - MRO, plafond, %TR + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (hors Montant RO) + montant forfa
0001 025 (Min (DR - MRO, %TR - MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus) + montant forfa
0001 026 (Min (DR - MRO, plafond, %TR - MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus) + mor
0001 027 (Min (DR - MRO, %TR + MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité + Montant RO + montant forfaitaire
0001 028 (Min (DR - MRO, plafond, %TR + MRO + forfait)) (% Tarif de Responsabilité + Montant RO + montant
0001 029 (Min (DR - MRO, 100%TR - MRO)) (100% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus)) (00)
0001 02A (Min (DR - MRO, %TR - MRO)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus)) (01)
0001 030 (Min (DR - MRO, %MRO + forfait)) (% Montant RO + montant forfaitaire) (02)
0001 031 (Min (DR - MRO, plafond, %MRO + forfait)) (% Montant RO + montant forfaitaire, le tout plafonné) (03
0001 032 (Min (DR - MRO, %TR - MRO)) (% Tarif de Responsabilité (Montant RO inclus)) (01)
0001 040 (Min (DR - MRO , %PMSS)) (% PMSS) (01)
0001 041 (Min (DR - MRO , plafond, %PMSS)) (% PMSS plafonné) (02)
0001 042 (Min (DR - MRO , %PMSS - MRO)) (% PMSS - Montant RO) (01)
0001 043 (Min (DR - MRO , plafond, %PMSS - MRO)) (% PMSS - Montant RO, le tout plafonné) (02)
0001 050 (Min (DR - MRO, %TM)) (% Ticket Modérateur) (01)
0001 051 (Min (DR - MRO, plafond, %TM)) (% Ticket Modérateur, plafonné) (02)
0001 052 (Min (DR - MRO, %TM)) (100% Ticket Modérateur) (00)
0001 060 (Min (DR - MRO, %TC théorique)) (% Tarif de Convention théorique) (01)
0001 061 (Min (DR - MRO, plafond, %TC théorique)) (% Tarif de Convention théorique, plafonné) (02)
0001 090 (Min (DR - MRO, plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique+ %MTM +
0001 101 (Min (DR - MRO, forfait)) (Forfait) (01)
0001 102 (Min (DR - MRO, forfait)) (Prise en Charge) (01)
Liste des paramètres
Valeur du paramètre
Rectifier
C.M.U Complémentaire
La prestation est un Forfait CMU
N° d'ordre de la prestation
Prestation suivante
Valider
Annuler
Aide

Valider, puis Valider votre feuille de soins

Affiche le calcul de la part AMC au moment de la sécurisation de la feuille de soins.


AFFID - INFORMATION
TOTAL DE LA FACTURE EN TIERS PAYANT...!
- TOTAL FACTURE = 22.00
- PART AMO = 15.40
- PART AMC = 6.60
- PART ASSURE = 0.00
- PART REÇUE = 0.00
- MODE DE RÈGLEMENT = TP
CONFIRMEZ-VOUS CES MONTANTS ET LE MODE DE RÈGLEMENT ?
Oui
Non

Remarque : Si vous n'avez pas les données de la convention, vous devez contacter la mutuelle **ou ne pas faire de tiers payant sur la part AMC** (Saisir les nouvelles conventions prend du temps et nécessite d'être en possession de toutes les informations la concernant)

Dans ce cas cliquez sur Annuler, revient sur la feuille de soins. Effectuer alors un tiers payant sur la part obligatoire géré par l'AMO seul.

4.6 Majoration de coordination

Codifications majorations

Ces majorations sont directement en lien avec le parcours de soins selon les conditions suivantes :

- Les majorations de coordination sont compatibles uniquement avec les codes actes indicateurs MTO MTD et MTH.
- Les majorations de coordination sont facturées uniquement si le parcours de soins est respecté et par :
  - les médecins de secteur 1
  - les médecins de secteur 1 DP et 2 ayant signé l'option de coordination
  - les médecins de tout secteur conventionnel dans le cadre de soins dispensés à un
  - bénéficiaire de la CMU-C

Il existe 3 codes majoration

Codes majoration	Libellé descriptif
MCG	Majoration de coordination des généralistes
MCC	Majoration de coordination affectée à la CSC (Cardiologie)
MCS	Majoration de coordination Spécialiste

Les codes majoration ne peuvent être facturés seul et doivent obligatoirement être associés

Codes majoration	Codes associés	Ou Codes actes CCAM si vous les utilisez déjà
MCC	CSC	
MCG	C	
MCS	CS, CNP	

Codifications provisoires cliniciens

➢ **Majoration concernant les bénéficiaires de plus de 16 ans.**

Lien avec le parcours de soins :

- En dehors du parcours de soins (code indicateur HCS), cette majoration pourra être facturée uniquement :
  - Par les médecins de secteur 1
  - Par dérogation pour les médecins de tout secteur pour les bénéficiaires de la CMU-C

- Dans le parcours de soins cette majoration pourra être facturée uniquement :
  - Par les médecins de secteur 1
  - Par les médecins de secteur 1 DP et 2 ayant signé l'option de coordination
  - Par les médecins de tout secteur dans le cadre de soins dispensés à un bénéficiaire de la CMU-C

Cette majoration ne peut pas se cumuler avec le dépassement DE

Codes majoration	Libellé descriptif
MPC	Majoration Provisoire Cliniciens

Le code majoration + de 16 ans ne peut être facturé seul et doit obligatoirement être associé

Codes majoration	Codes assosiés	
MPC	CSC	**Ou** **Codes actes CCAM si vous les utilisez déjà**
MPC	CNP	
MPC	CS+MCS	
MPC	CNP+MCS	

➢ **Majoration concernant les bénéficiaires de moins de 16 ans.**

- Cette majoration pourra être facturée uniquement :
  - Par les médecins de secteur 1
  - Par les médecins de secteur 1 DP et 2 ayant signé l'option de coordination
  - Par dérogation pour les médecins de tout secteur pour les bénéficiaires de la CMU-C

- Dans le parcours de soins cette majoration pourra être facturée uniquement :
  - Par les médecins de secteur 1
  - Par les médecins de secteur 1 DP et 2 ayant signé l'option de coordination
  - Par les médecins de tout secteur dans le cadre de soins dispensés à un bénéficiaire de la CMU-C

Cette majoration ne peut pas se cumuler avec le dépassement DE

Codes majoration	Libellé descriptif
MPJ	Majoration Provisoire Cliniciens moins de 16 ans

Le code majoration - de 16 ans ne peut être facturé seul et doit obligatoirement être associé

Codes majoration	Codes assosiés	
MPJ	CS	**Ou** **Codes actes CCAM si vous les utilisez déjà**
MPJ	CNP	

4.7 Dépassements autorisés et maîtrisés

Codes dépassements	Libellé descriptif
DM	Dépassement Maîtrisé dans le parcours de soins
DA	Dépassement Autorisé hors parcours de soins

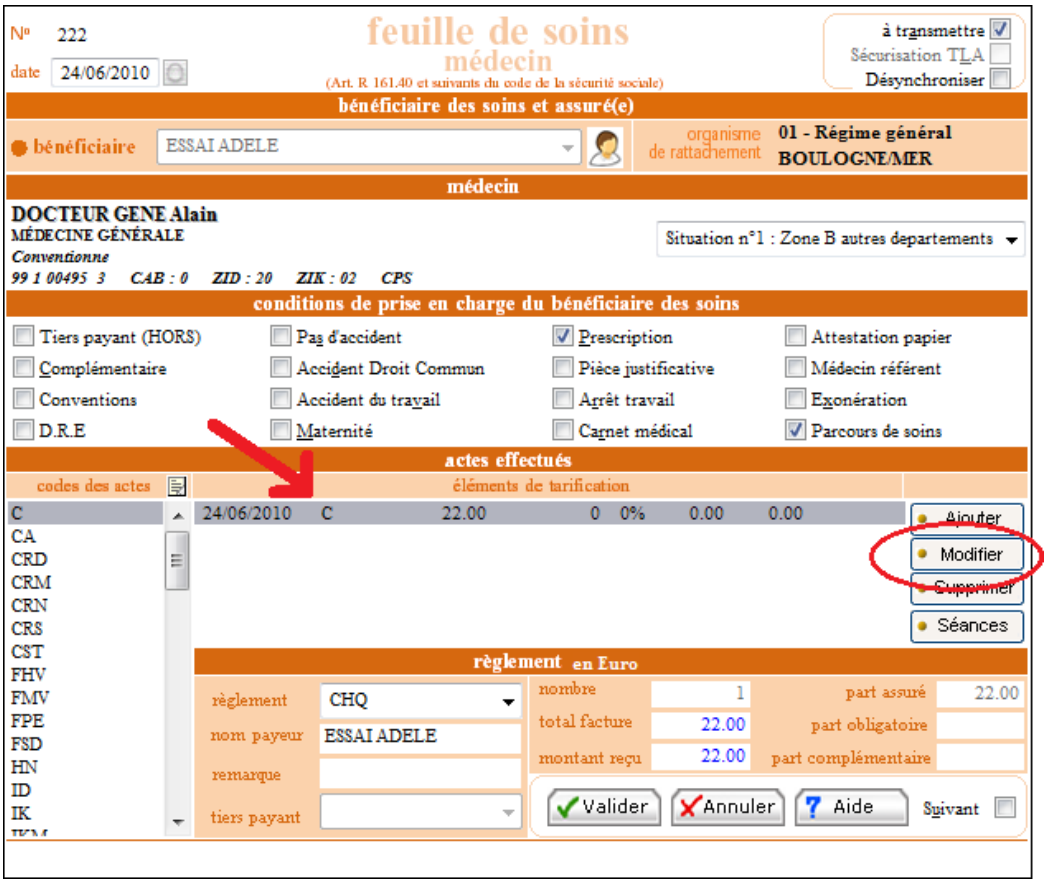
Ces dépassements sont cumulables avec des dépassements déjà existants :

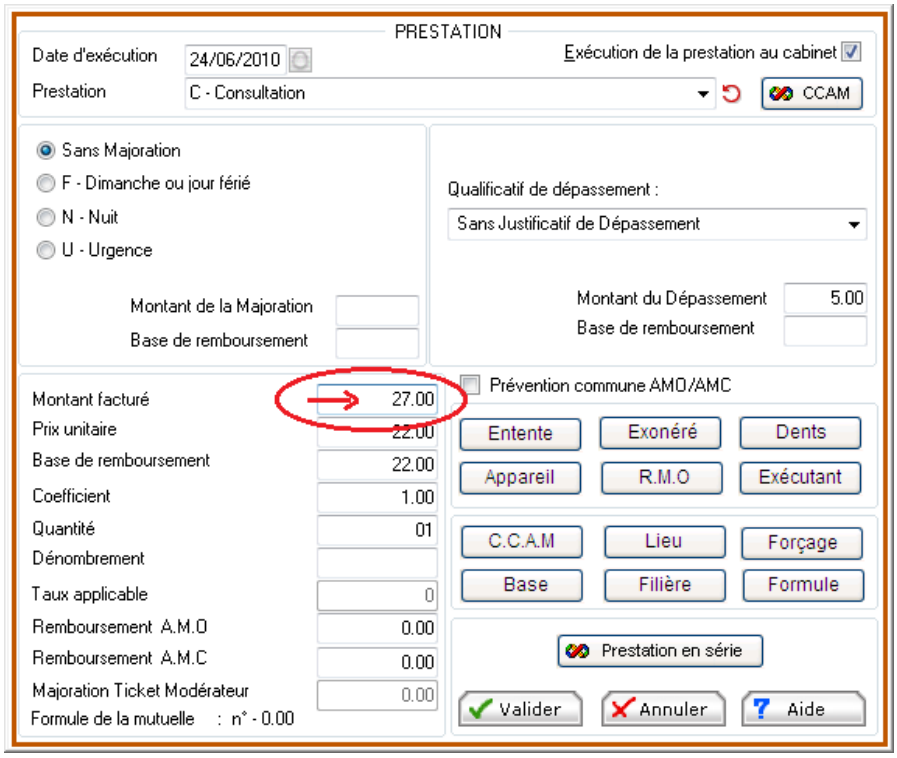
- Le DM peut se cumuler avec le dépassement pour exigence (DE)
- Pour les stomatologues, le DA peut se cumuler avec l'entente directe (ED)

Ces 2 types de dépassement **ne sont pas considérés comme des codes prestation** et ne peuvent donc pas être créés dans la personnalisation des prestations. Pour les appliquer vous devez inclure le montant des ces dépassements dans le montant total des honoraires

Principes

A partir de la feuille de soins déjà établie sélectionner la prestation sur laquelle vous souhaitez effectuer un DA et cliquez sur le bouton Modifier :

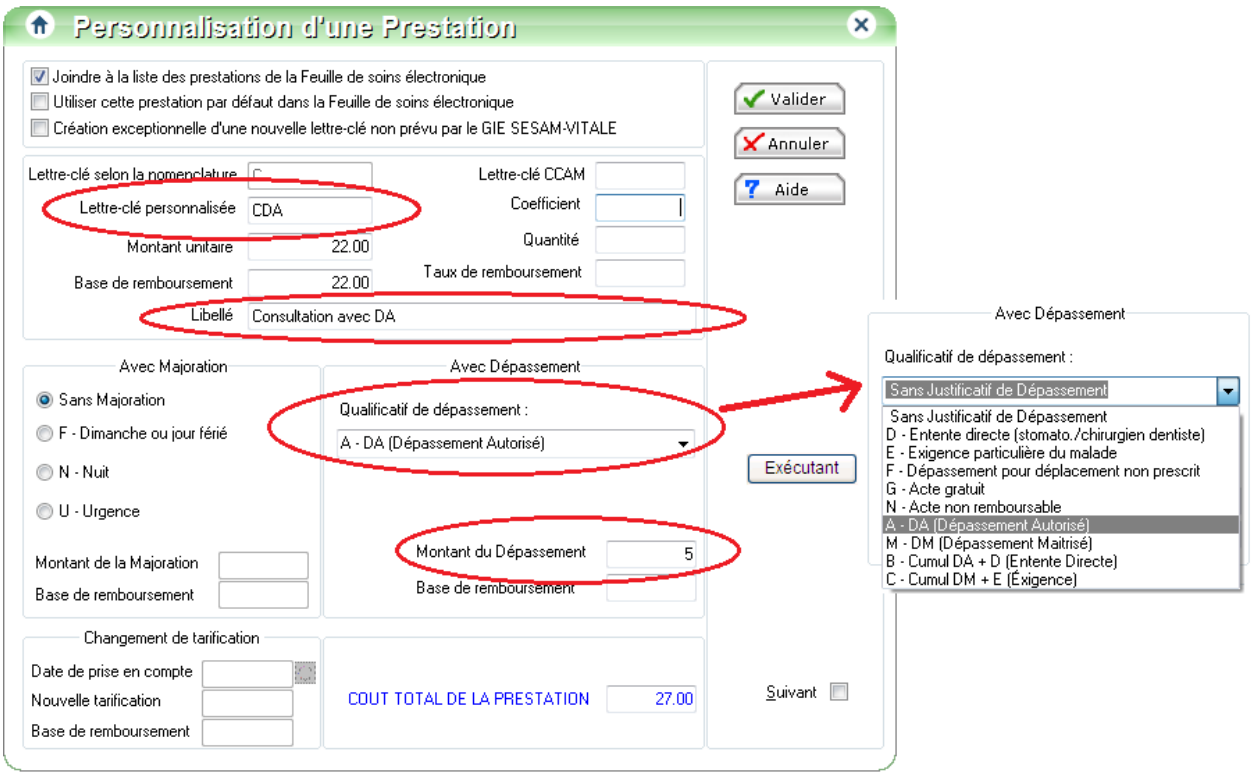




Modifier uniquement le montant facturé

Ajoutez directement le montant de votre dépassement maîtrisé ou autorisé au montant facturé, puis Valider.
Le montant total facturé est mis à jour dans la FSE.

Remarque : Vous pouvez pré paramétrer vos DA dans votre liste des actes personnalisés. A partir de votre liste des prestations personnalisées (menu Paramètres/presonnalisation des prestations), dupliquer l'acte auquel vous souhaitez ajouter un DA permanent (Sélection de l' acte et F8 copier), renommer le code acte et son libellé et renseigner le montant du dépassement en laissant coché par défaut la ligne « sans dépassement »



4.8 Feuilles de soins issues des séances

La facturation dans une feuille de soins d'une ou plusieurs séances se déroule de la manière suivante :

Au préalable, dans la planification des séances vous devez :

1. pointer à l'aide du bouton

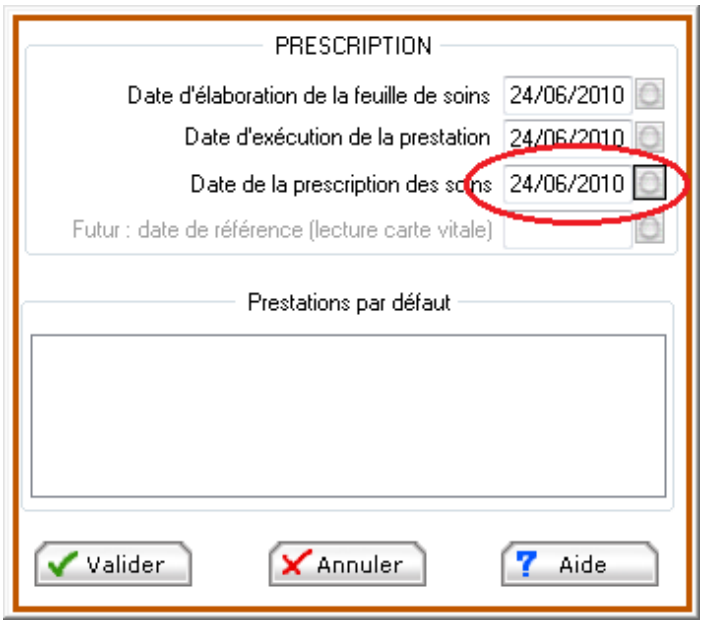
ou par **F10-Pointage** les séances réalisées
2. indiquer dans la première séance la date d'entente préalable.

A Partir de la saisie des feuilles de soins

Insérez dans le lecteur votre carte de praticien et celle du patient

Cliquez sur le bouton

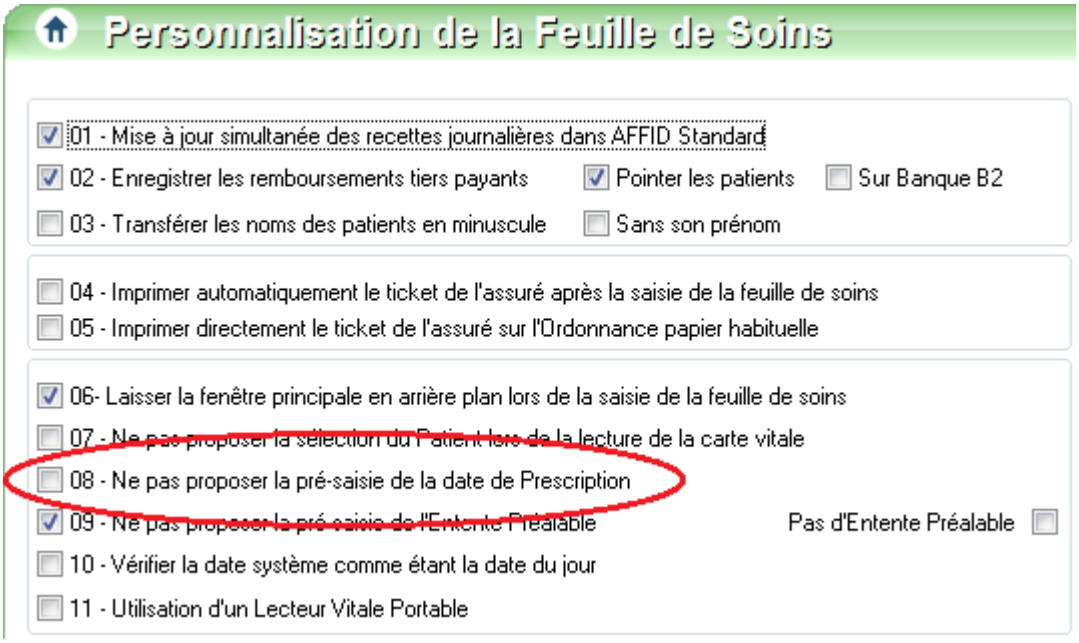
ou faites **F2-Ajouter**

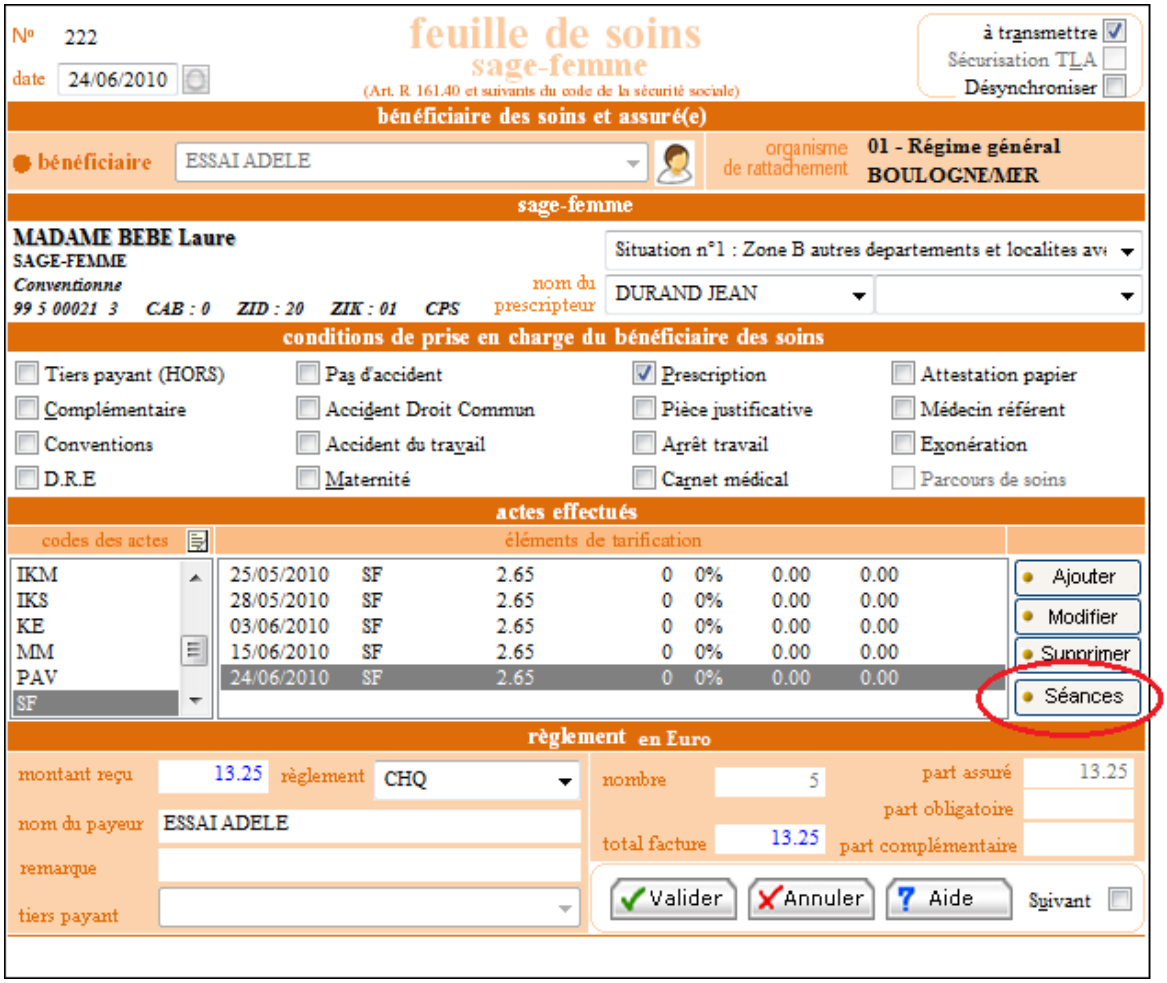


Saisir la date de prescription des soins

et valider => ouvre une nouvelle feuille de soins

Si lors de l'ajout d'une feuille de soins, le logiciel ouvre directement celle-ci sans vous proposer le choix de la date de la prescription : vous devez, à partir du menu paramètres / personnalisation des feuilles de soins, décocher la case n°8 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de prescription.

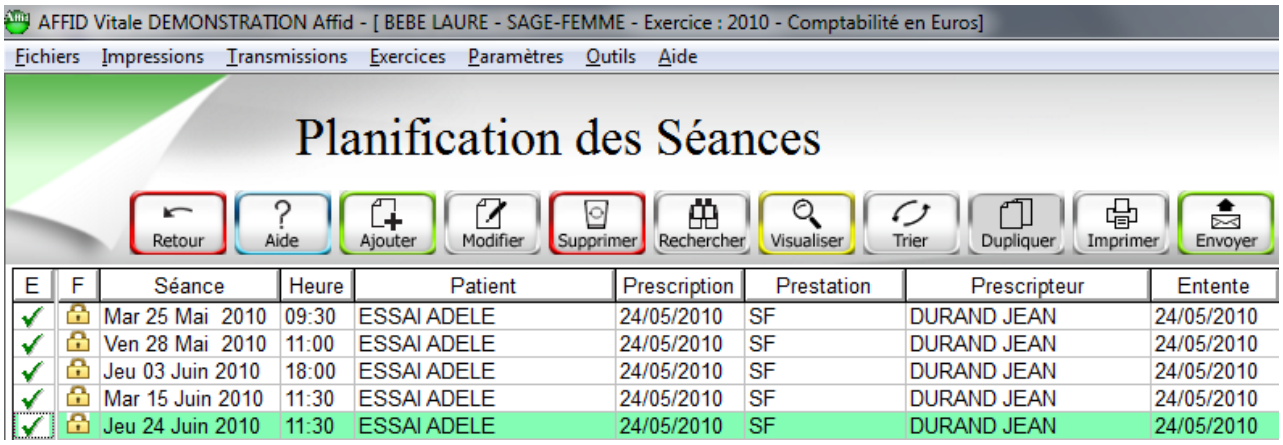

Personnalisation de la Feuille de Soins
01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard
02 - Enregistrer les remboursements tiers payants
Pointer les patients
Sur Banque B2
03 - Transférer les noms des patients en minuscule
Sans son prénom
04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle
06- Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins
07 - Ne pas proposer la sélection du Patient lors de la lecture de la carte vitale
08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente Préalable
Pas d'Entente Préalable
10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable



En cliquant sur le bouton Séances, toutes les prestations réalisées pour le patient seront sélectionnées automatiquement dans la feuille de soins.

Validez la feuille de soins

Après la validation de la feuille de soins il apparaîtra l'icône en face des séances réalisées et facturées dans le tableau des planifications des séances.


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [BEBE LAURE - SAGE-FEMME - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide
Planification des Séances
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

E	F	Séance	Heure	Patient	Prescription	Prestation	Prescripteur	Entente
✓		Mar 25 Mai 2010	09:30	ESSAI ADELE	24/05/2010	SF	DURAND JEAN	24/05/2010
✓		Ven 28 Mai 2010	11:00	ESSAI ADELE	24/05/2010	SF	DURAND JEAN	24/05/2010
✓		Jeu 03 Juin 2010	18:00	ESSAI ADELE	24/05/2010	SF	DURAND JEAN	24/05/2010
✓		Mar 15 Juin 2010	11:30	ESSAI ADELE	24/05/2010	SF	DURAND JEAN	24/05/2010
✓		Jeu 24 Juin 2010	11:30	ESSAI ADELE	24/05/2010	SF	DURAND JEAN	24/05/2010

Les séances non réalisées, réalisées et facturées apparaîtront toujours dans la grille quel que soit l'exercice en cours.

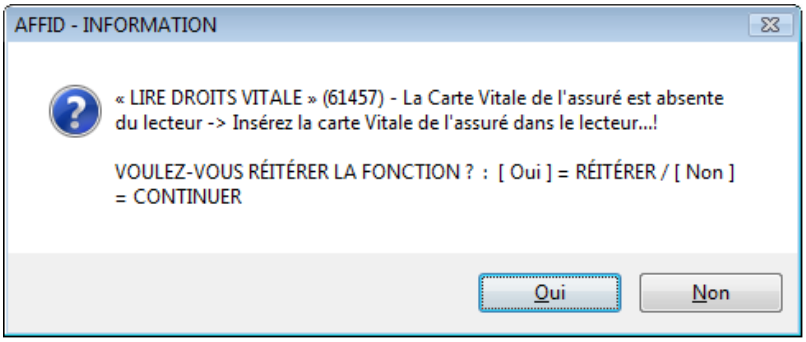
Les séances réalisées et facturées ne sont plus modifiables mais peuvent être supprimées.

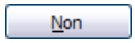
4.9 Principes du mode dégradé ou IRIS

AFFID Vitale gère automatiquement le mode dégradé ou IRIS, en détectant l'absence de la carte VITALE de l'assuré dans le lecteur de cartes à puces lors de l'élaboration de la feuille de soins.

- Cliquez sur le bouton

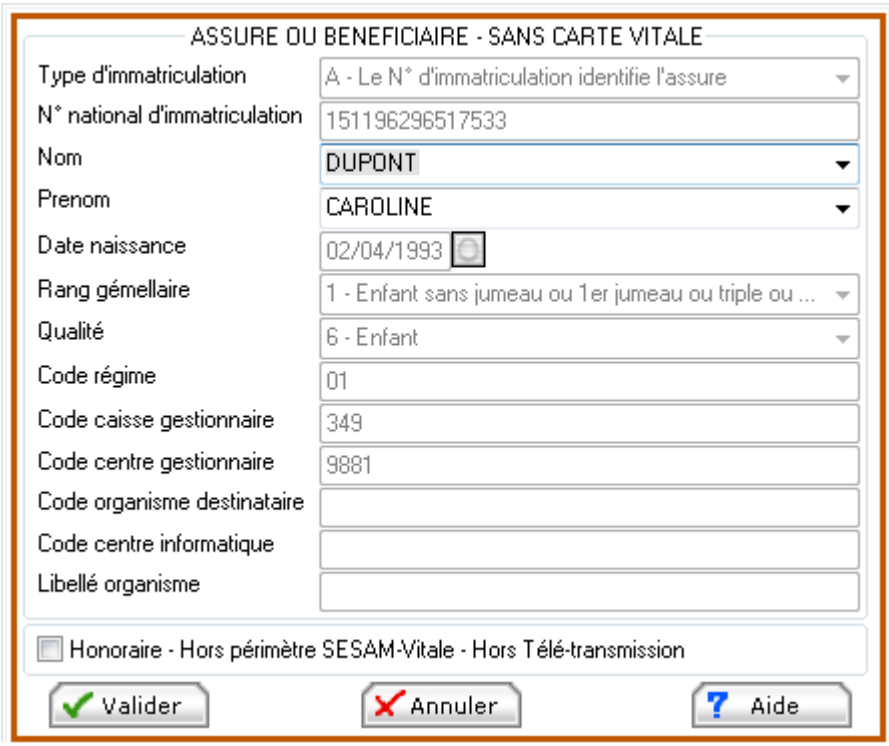
ou faites **F2-Ajouter** sans insérer de carte vitale dans le lecteur


AFFID - INFORMATION
« LIRE DROITS VITALE » (61457) - La Carte Vitale de l'assuré est absente du lecteur -> Insérez la carte Vitale de l'assuré dans le lecteur...!
VOULEZ-VOUS RÉITÉRER LA FONCTION ? : [Oui] = RÉITÉRER / [Non] = CONTINUER
Oui
Non

Pour effectuer la feuille de soins sans la carte vitale de l'assuré, Cliquer sur 

Quand le patient est déjà venu une première fois, en tapant simplement le début du nom, le progiciel vous affichera automatiquement les différentes informations du patient.

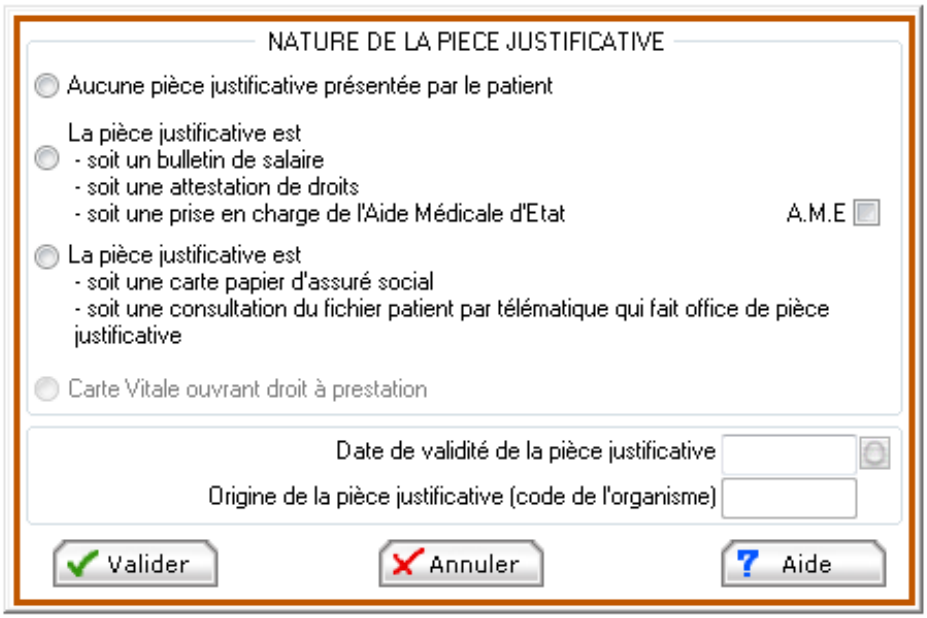
Le numéro national et la date de naissance de l'assuré doivent être saisis correctement, car après la validation, ils ne pourront plus être accessibles en modification avant et après la sécurisation de la feuille de soins électronique.



Code régime = 2 caractères Num
Code caisse = 3 caractères Num
Code centre = 4 caractères Num
Ces trois codes correspondent au N° de caisse de l'assuré

Valider.

Cocher la case correspondante selon le cas


NATURE DE LA PIECE JUSTIFICATIVE
Aucune pièce justificative présentée par le patient
La pièce justificative est
- soit un bulletin de salaire
- soit une attestation de droits
- soit une prise en charge de l'Aide Médicale d'Etat
A.M.E
La pièce justificative est
- soit une carte papier d'assuré social
- soit une consultation du fichier patient par télématique qui fait office de pièce justificative
Carte Vitale ouvrant droit à prestation
Date de validité de la pièce justificative
Origine de la pièce justificative (code de l'organisme)
Valider
Annuler
Aide

La date de validité de la pièce est obligatoire lorsque la pièce justificative est un bulletin de salaire... ou une carte d'assuré social. Elle servira à calculer la date de la prise en compte d' ouverture des droits à l'assurance maladie de l'assuré.

Valider.

Puis validez votre feuille de soins

4.10 Fonctions supplémentaires

Transmettre les feuilles de soins

- Pour envoyer les feuilles de soins aux caisses d'assurances de maladie:
  - Cliquez sur le bouton **F10-Envoyer**

Imprimer un reçu ou la feuille de soins

- Pour éditer le reçu ou la feuille de soins d'un patient :
  - Sélectionnez la feuille de soins du patient dans la liste
  - Cliquez sur le bouton **F9-Imprimer**

Visualiser la feuille de soins

- Pour voir le contenu de la feuille de soins
  - Sélectionnez la feuille de soins du patient dans la liste
  - Cliquez sur le bouton **F6-Voir**

Modifier une feuille de soins

- Seules les feuilles de soins sécurisées en mode IRIS sont modifiables :
  - Sélectionnez la feuille de soins du patient dans la liste
  - Cliquez sur le bouton **F3-Modifier**

Supprimer une feuille de soins

- Pour effacer une feuille de soins :
  - Cliquez sur la feuille de soins dans la liste
  - Cliquez sur le bouton **F4-Supprimer**

Trouver une feuille de soins

- Pour retrouver dans la liste une feuille de soins:
  - Cliquez sur le bouton **F5-Chercher**

Trier les feuilles de soins

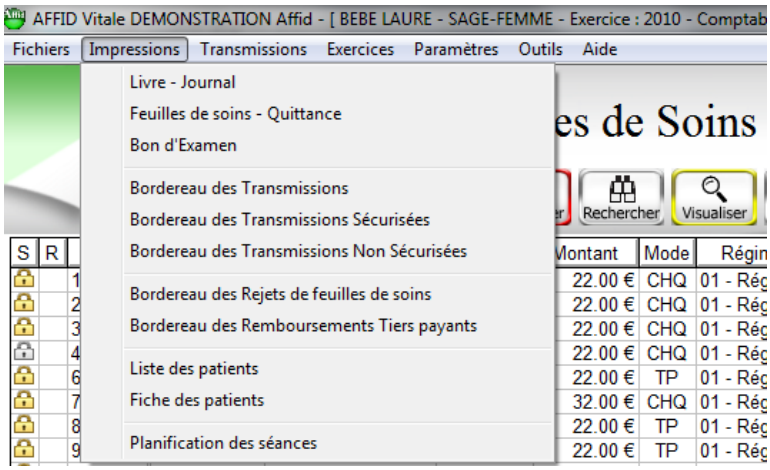
- Pour classer la liste des feuilles de soins
  - Cliquez sur le bouton **F7-Trier**

4.11 Impression des documents

Après la validation de la Feuille de soins, le Professionnel de Santé peut en **hors tiers payant ou en cas de tiers payant partiel ou sur demande du patient**, imprimer un justificatif de la consultation; son utilité est comparable à celle du reçu remis lors d'un paiement par carte bancaire.

Affid Vitale imprime aussi le Livre-Journal des feuilles de soins électroniques et le contenu des factures.

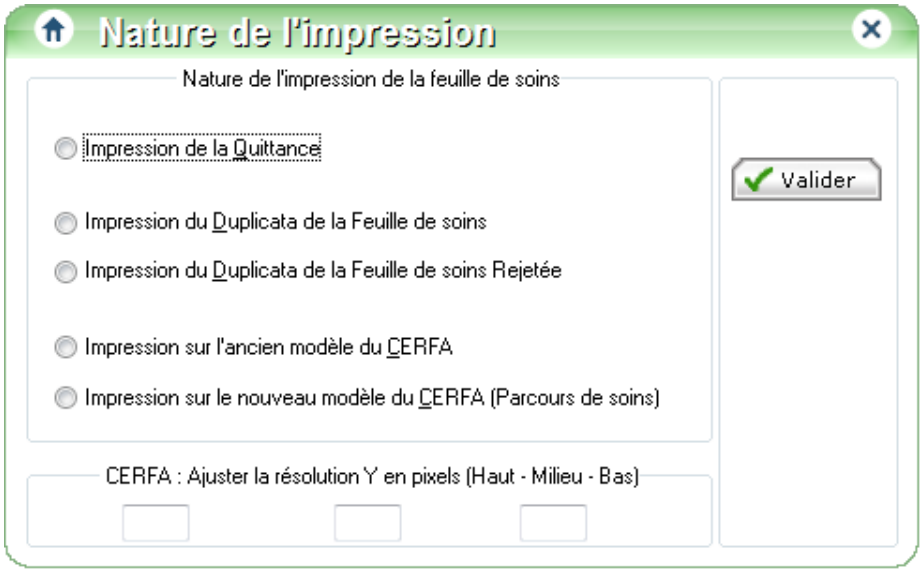
Vous pouvez accéder à toutes ces impressions par le menu **Impressions** du logiciel.



ou aux options d'impression concernant les feuilles de soins directement à partir du livre des feuilles feuilles de soins :

Bouton

ou **F9-Imprimer**


Nature de l'impression
Nature de l'impression de la feuille de soins
Impression de la Quittance
Impression du Duplicata de la Feuille de soins
Impression du Duplicata de la Feuille de soins Rejetée
Impression sur l'ancien modèle du CERFA
Impression sur le nouveau modèle du CERFA (Parcours de soins)
Valider
CERFA : Ajuster la résolution Y en pixels (Haut - Milieu - Bas)

Le ticket

QUITTANCE DE LA FEUILLE DE SOINS DU PATIENT

QUITTANCE N° 000000220 **Mardi 02 février 2010**

GENE Alain
MEDECINE GENERALE « Conventionne »
10 Avenue Camberwell
92330 SCEAUX

N° 99100495 3

CARTE LUCILLE - N°SS 1421962965165 96
Couverture : 00000 - Né le 20/03/1961

Mardi 05 février 2008 C.....22.00 - - - 1.00 - 1
Nombre : 1 - facturé : 22.00 EUR - reçu : 22.00EUR - CHQ
01 - Régime général 013499881 - RENNES

La feuille de soins

feuille de soins électronique - duplicata
médecin

numéro FSE : 000000235 — date d'élaboration : 16/04/2009

bénéficiaire des soins et assuré(e)

□ bénéficiaire des soins (les nom et prénom du patient sont obligatoirement remplis par le praticien)

CARTE LUCILLE

en cas de dispense d'avance des frais

numéro d'immatriculation : 1421962965165 96 — code organisme de rattachement : 013499881

(si celui-ci ne vous a pas été communiqué, remplissez la ligne suivante) Régime général RENNES

date de naissance du bénéficiaire des soins : 20/03/1961

□ assuré (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré)

□ adresse à préciser uniquement en cas de changement définitif ou en cas de changement d'organisme d'assurance maladie

médecin

□ identification du praticien ou de l'établissement

GENE Alain
MEDECINE GENERALE — Conventionne

99100495 3 - CAB:0 - ZID:20 - ZIK:02 - CPS - Mode Sécurisé

entente préalable du

condition de prise en charge du bénéficiaire des soins (à remplir par le praticien)

[ ] maladie exonération du ticket modérateur : non [X] oui [ ] (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec ALD [ ] soins en rapport avec K >--50 [ ] soins en rapport avec action de prévention [ ] autre [ ]

accident causé par un tiers non [ ] oui [ ] date :

[ ] maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement :

[ ] AT/MP numéro : ou date :

actes effectués (à remplir par le praticien)

16/04/2009 C 22.00 - taux:70% - part amo:15.40 - part amc:0.00

«Code exo : 0»

16/04/2009 MTN 0.00 - taux:70% - part amo:0.00 - part amc:0.00

«Code exo : 0»

règlement (à remplir par le praticien)

NOMBRE DE PRESTATIONS « 2 »
MONTANT DES HONORAIRES « 22.00 EUR »
REMBOURSEMENT A.M.O « 15.40 EUR »
REMBOURSEMENT A.M.C « 0.00 EUR »
PARTICIPATION ASSURÉ « 6.60 EUR »

OBSERVATIONS DE LA TÉLÉTRANSMISSION :...
* ATTENTE DE TRANSMISSION

Le livre-journal des feuilles de soins électroniques

© AFFID - FS3008.1 — Jeudi 16 Avril 2009 - 15:45

GENE Alain — Page : 1

LIVRE JOURNAL DES FEUILLES DE SOINS - EN EUROS
DU 16/04/2009 AU 16/04/2009

Jeudi 16 Avril 2009

N°	NOM PATIENT	ACTE	MONTANT DU	NOM PAYEUR	MODE	CAISSE CA	BANQUE	ATTENTE	REMARQUE	CENTRE
235	CARTE LUCILLE	M_A	22.00	CARTE LUCIL	TPE E	6.60		15.40	013499881 - Ré	01 - Régime gé
236	CARTE LUCILLE	M_A	22.00	CARTE LUCIL	CHQ E		22.00		C+MTN	01 - Régime gé
237	CARTE LUCILLE	M_A	22.00	CARTE LUCIL	CHQ E		22.00		C+MTH	01 - Régime gé
238	CARTE LUCILLE	M_A	48.50	CARTE LUCIL	CHQ E		48.50		C+CRD	01 - Régime gé
239	CARTE LUCILLE	M_A	64.50	CARTE LUCIL	CHQ E		64.50		C+CRN	01 - Régime gé
240	CARTE LUCILLE	M_A	22.00	CARTE LUCIL	CHQ E		22.00		C+HCS	01 - Régime gé
TOTAUX			201.00			6.60	179.00	15.40	6 RECETTE(S)	
TOTAL (CAISSE + BANQUE)							185.60			

TOTAUX DE LA PERIODE	201.00		6.60	179.00	15.40	6 RECETTE(
TOTAL DE LA PERIODE (CAISSE + BANQUE)				185.60		

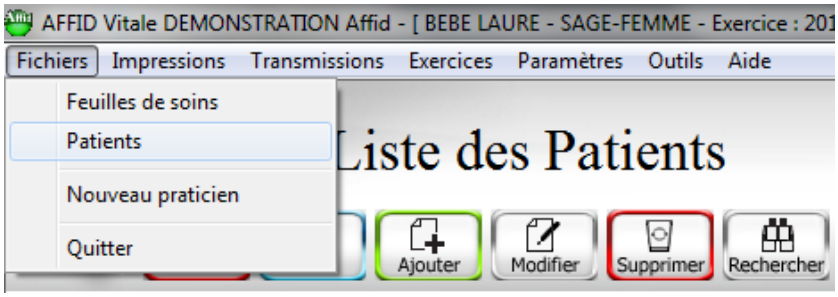
4.12 Gestion des patients

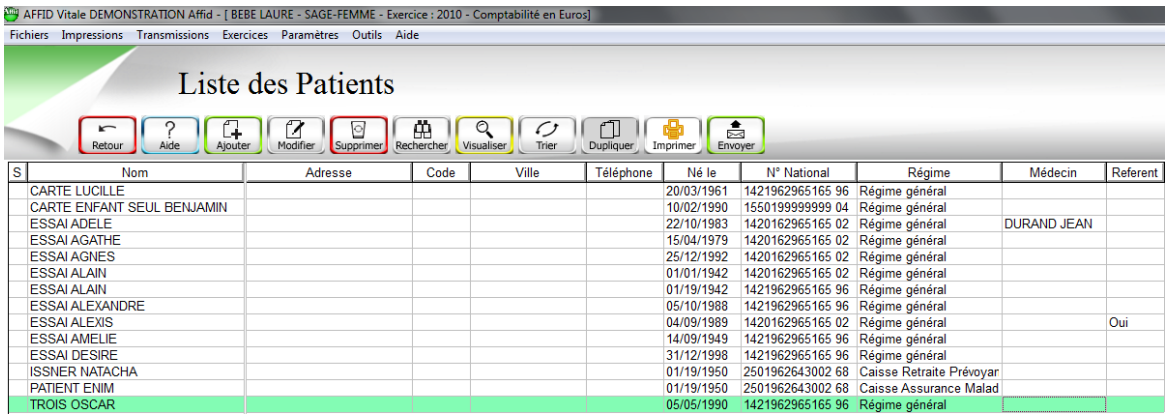
Dans cette fonction vous pouvez enregistrer les coordonnées de vos patients et noter quelques informations médico-administratives.

Cette fonction ne permet pas d'ajouter un nouveau patient ni de gérer un dossier patient.

➢ Pour gérer les patients :

- Cliquez sur le menu **Fichier**
- Cliquez sur **Patients**




AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [BEBE LAURE - SAGE-FEMME - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide
Liste des Patients
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

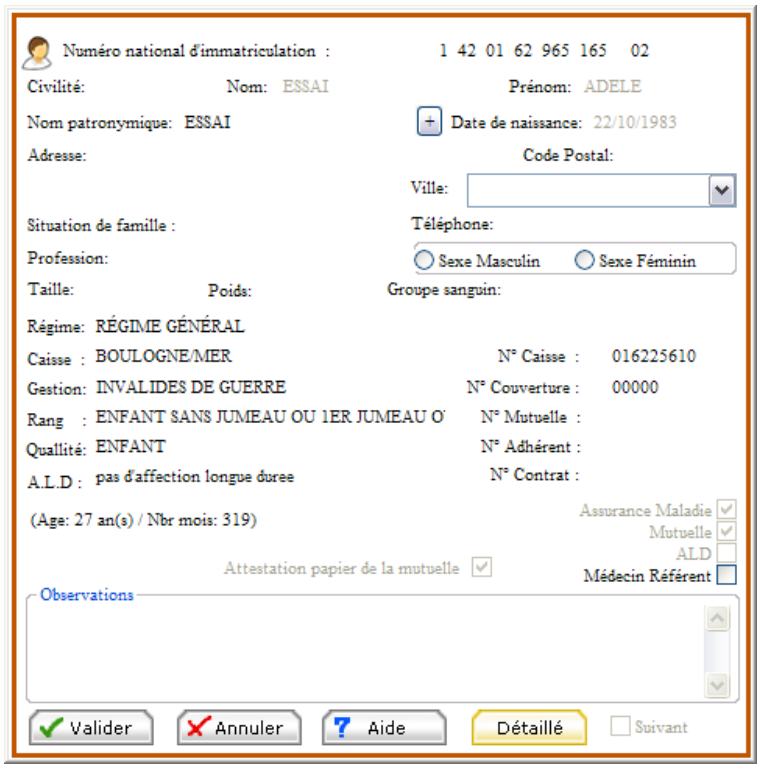
S	Nom	Adresse	Code	Ville	Téléphone	Né le	N° National	Régime	Médecin	Referent
	CARTE LUCILLE					20/03/1961	1421962965165 96	Régime général		
	CARTE ENFANT SEUL BENJAMIN					10/02/1990	1550199999999 04	Régime général		
	ESSAI ADELE					22/10/1983	1420162965165 02	Régime général	DURAND JEAN	
	ESSAI AGATHE					15/04/1979	1420162965165 02	Régime général		
	ESSAI AGNES					25/12/1992	1420162965165 02	Régime général		
	ESSAI ALAIN					01/01/1942	1420162965165 02	Régime général		
	ESSAI ALAIN					01/19/1942	1421962965165 96	Régime général		
	ESSAI ALEXANDRE					05/10/1988	1421962965165 96	Régime général		
	ESSAI ALEXIS					04/09/1989	1420162965165 02	Régime général		Oui
	ESSAI AMELIE					14/09/1949	1421962965165 96	Régime général		
	ESSAI DESIRE					31/12/1998	1421962965165 96	Régime général		
	ISSNER NATACHA					01/19/1950	2501962643002 68	Caisse Retraite Prévoyar		
	PATIENT ENIM					01/19/1950	2501962643002 68	Caisse Assurance Malad		
	TROIS OSCAR					05/05/1990	1421962965165 96	Régime général		

Modification des informations du patient

➢ Pour changer les informations d'un patient :

- Sélectionnez le patient dans la liste
- Cliquez sur le bouton

ou faite **F3-Modifier**


Numéro national d'immatriculation : 1 42 01 62 965 165 02
Civilité: Nom: ESSAI Prénom: ADELE
Nom patronymique: ESSAI Date de naissance: 22/10/1983
Adresse: Code Postal:
Ville:
Situation de famille : Téléphone:
Profession: Sexe Masculin Sexe Féminin
Taille: Poids: Groupe sanguin:
Régime: RÉGIME GÉNÉRAL
Caisse : BOULOGNE/MER N° Caisse : 016225610
Gestion: INVALIDES DE GUERRE N° Couverture : 00000
Rang : ENFANT SANS JUMEAU OU 1ER JUMEAU O N° Mutuelle :
Quallité: ENFANT N° Adhérent :
A.L.D : pas d'affection longue duree N° Contrat :
(Age: 27 an(s) / Nbr mois: 319)
Assurance Maladie
Mutuelle
ALD
Attestation papier de la mutuelle
Médecin Référent
Observations
Valider Annuler Aide Détaillé Suivant

Vous pouvez indiquer l'adresse et la situation du patient, mémoriser le type de contrat et le numéro d'adhérent Mutuelle et indiquer des informations médico-administatives dans la zone **Observations.**

Sélectionner un ou plusieurs patients

➢ Pour imprimer plusieurs patients à la fois :

- Cliquez sur le patient dans la liste
- Cliquez sur le bouton

ou touche **F10-Pointage** ✓ cette coche s'affiche dans la grille et indique la sélection du patient.

Imprimer la fiche du patient

➢ Pour éditer la fiche du patient :

- Cliquez sur le patient dans la liste
- (si vous avez sélectionné plusieurs patients à l'aide de la touche F10-Pointage, alors les fiches de tous les patients sélectionnés seront imprimées)
- Cliquez sur le bouton

ou touche **F9-Imprimer**

Vous pouvez imprimer **la liste des patients** à partir du menu **Impressions – Liste des patients**

Visualiser les consultations du patient

➢ Pour voir la liste des actes effectués dans l'année :

- Cliquez sur le bouton **F6-Voir**

Supprimer un patient

➢ Pour enlever un patient dans la liste :

- Cliquez sur le patient dans la liste
- Cliquez sur le bouton

ou touche **F4-Supprimer**

Trouver un patient

➢ Pour retrouver dans la liste un patient :

- Cliquez sur le bouton

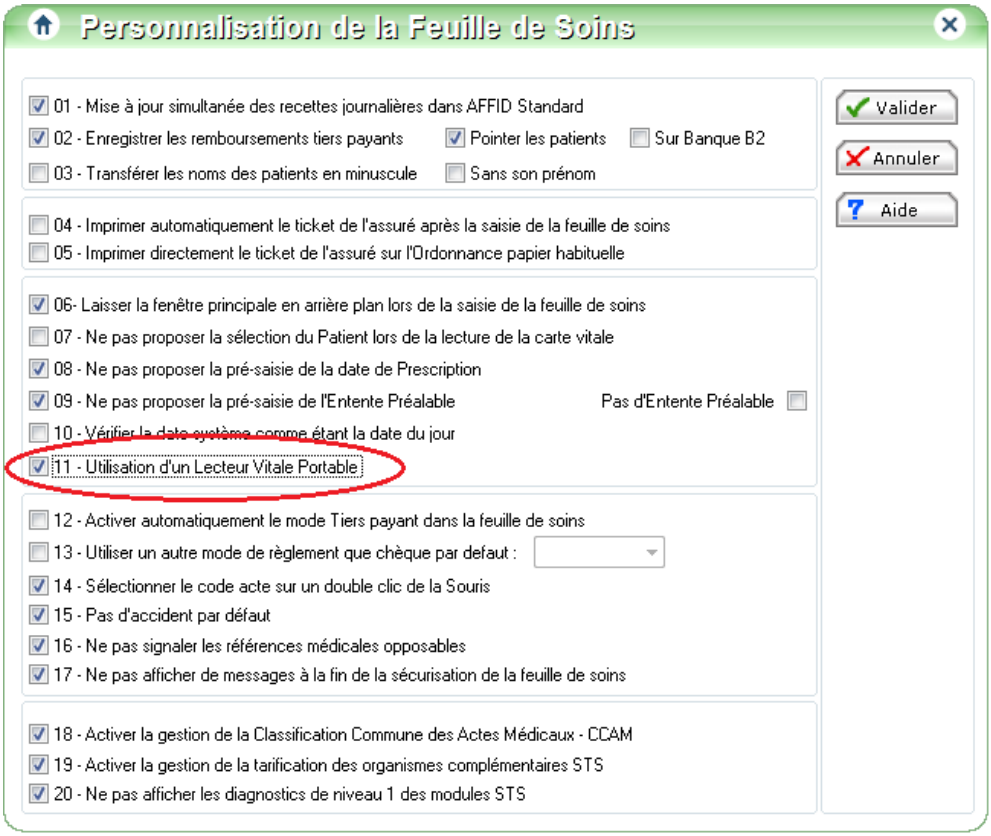
ou touche **F5-Chercher**

4.13 Les feuilles de soins en visite - Lecteur vitale portable

La gestion des feuilles de soins en visite nécessite l'obtention de l'extension TLA au logiciel AFFID Vitale et un lecteur Vitale Portable

Activer dans le logiciel AFFID Vitale la fonction TLA.

- Cliquez sur **Paramètres / Personnalisation de la feuille de soins**
- Cochez l'option « Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable »


Personnalisation de la Feuille de Soins
01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard
02 - Enregistrer les remboursements tiers payants
Pointer les patients
Sur Banque B2
03 - Transférer les noms des patients en minuscule
Sans son prénom
04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle
06- Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins
07 - Ne pas proposer la sélection du Patient lors de la lecture de la carte vitale
08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente Préalable
Pas d'Entente Préalable
10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable
12 - Activer automatiquement le mode Tiers payant dans la feuille de soins
13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par defaut :
14 - Sélectionner le code acte sur un double clic de la Souris
15 - Pas d'accident par défaut
16 - Ne pas signaler les références médicales opposables
17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins
18 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM
19 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS
20 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS
Valider
Annuler
Aide

- **Valider.**

Le lecteur Vitale portable.

- Pour l'initialisation des fonctions du lecteur, référez-vous à la notice d'utilisation du lecteur.
  - Configurez votre situation de facturation (AGREE MINES / RATP)
  - Configurez le numéro des entêtes des feuilles de soins (entre 001 et 999)
  - Configurez le tarif de vos prestations

- Identifier le lecteur comme lecteur portable TLA dans le logiciel AFFID Vitale.
  - Connecter le lecteur à l'ordinateur
  - Aller dans le menu **Outils / SESAM-VITALE / Lecteur Vitale Portable**
  - Avec la souris cliquer sur la touche 1 puis la touche verte directement sur l'écran de l'ordinateur

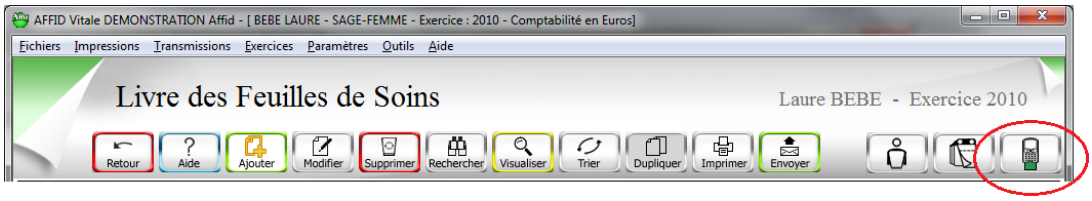
- Pour les **médecins et spécialistes** les fonctionnalités offertes par le lecteur sont les suivantes :
  - La création et la sécurisation de la feuille de soins au domicile du patient
  - Le déchargement au cabinet des feuilles de soins dans AFFID Vitale.

- Pour les **auxiliaires médicaux et sages-femmes** les fonctionnalités offertes sont les suivantes :
  - Le chargement dans le lecteur des feuilles de soins créées à partir d'AFFID Vitale
  - La sécurisation au domicile des patients des feuilles de soins chargées dans le lecteur
  - La mémorisation des données bénéficiaires lues sur la carte vitale.
  - La création et la sécurisation spontanée des feuilles de soins en visite
  - Le déchargement au cabinet des feuilles de soins dans AFFID Vitale.

Déchargement des Feuilles de soins effectuées en visite vers AFFID Vitale.

- **Connectez le lecteur sur son socle**

➢ Cliquez sur l'icône à partir du tableau des feuilles de soins (Saisie des Feuilles de soins)



OU

➢ A partir du menu **Outils / SESAM-VITALE / Lecteur Vitale Portable**

L'écran du lecteur suivant apparaît sur votre ordinateur :

FACT TERMINAL : 00
FACT CHARGÉES : 00
FACT SECURISÉES : 00
DONNÉES VITALE : 00
1-identifier lecteur
2-charger Fse visite
3-décharger Fse sécurisées
4-décharger Fse créées
5-décharger bénéficiaires
6-charger logiciel
Nombre de feuilles créées en visite
Nombre de feuilles chargées en visite
Nombre de feuilles chargées et sécurisées en visite
Nombre de bénéficiaires mémorisés en visite
Chargement des feuilles en visite
Identification du lecteur
Déchargement des feuilles créées en visite
Déchargement des bénéficiaires mémorisés
Déchargement des feuilles chargées et sécurisées en visite
Fermer l'écran du lecteur ou annulation des fonctions
Chargement nouvelle version TLA
Lancer l'exécution des fonctions sélectionnées

Utiliser les fonctions du lecteur avec la souris directement sur l'écran de l'ordinateur.
Avec la souris cliquer sur la touche 4 puis la touche verte

5 Transmissions

5.1 Transmission des feuilles de soins

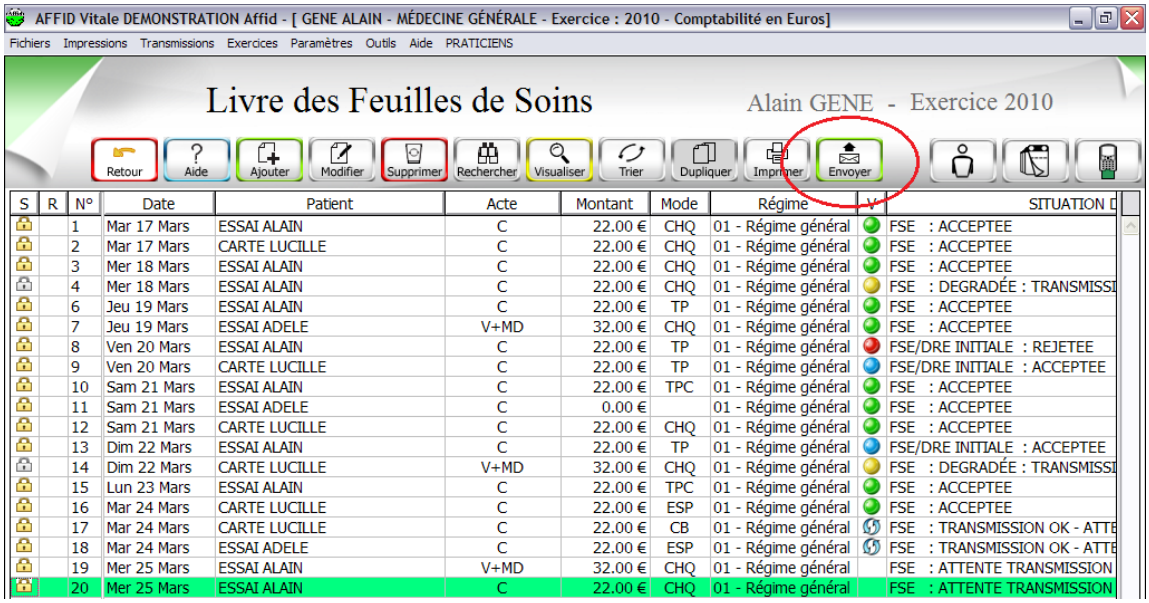
Le Professionnel de Santé doit transmettre en fin de journée *(ou à défaut d'un délai de 3 jours ouvrés pour un paiement direct et 8 jours pour les tiers payants)* par voie téléphonique, via le Réseau SESAM-Vitale, les lots des feuilles de soins électroniques aux Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.

Les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire reçoivent et vérifient l'intégrité des lots des feuilles de soins électroniques transmises par le praticien. Elles vous renvoient ensuite un Accusé de Réception Logique (ARL) garantissant la bonne réception des lots (cet ARL officialise la prise en charge du flux par l'organisme).

Pour télé-transmettre vos feuilles de soins accès au menu :

- Soit à partir du livre des feuilles de soins, cliquer sur le bouton

ou touche **F10-Télétransmission**


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
Livre des Feuilles de Soins
Alain GENE - Exercice 2010
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer
S R N° Date Patient Acte Montant Mode Régime V SITUATION
1 Mar 17 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
2 Mar 17 Mars CARTE LUCILLE C 22.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
3 Mer 18 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
4 Mer 18 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSI
6 Jeu 19 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € TP 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
7 Jeu 19 Mars ESSAI ADELE V+MD 32.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
8 Ven 20 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € TP 01 - Régime général FSE/DRE INITIALE : REJETEE
9 Ven 20 Mars CARTE LUCILLE C 22.00 € TP 01 - Régime général FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE
10 Sam 21 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € TPC 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
11 Sam 21 Mars ESSAI ADELE C 0.00 € 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
12 Sam 21 Mars CARTE LUCILLE C 22.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
13 Dim 22 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € TP 01 - Régime général FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE
14 Dim 22 Mars CARTE LUCILLE V+MD 32.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSI
15 Lun 23 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € TPC 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
16 Mar 24 Mars CARTE LUCILLE C 22.00 € ESP 01 - Régime général FSE : ACCEPTEE
17 Mar 24 Mars CARTE LUCILLE C 22.00 € CB 01 - Régime général FSE : TRANSMISSION OK - ATTE
18 Mar 24 Mars ESSAI ADELE C 22.00 € ESP 01 - Régime général FSE : TRANSMISSION OK - ATTE
19 Mer 25 Mars ESSAI ALAIN V+MD 32.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ATTENTE TRANSMISSION
20 Mer 25 Mars ESSAI ALAIN C 22.00 € CHQ 01 - Régime général FSE : ATTENTE TRANSMISSION

La télétransmission des feuilles de soins se lance

Affid Vitale
Dans le cas de nouveaux avenants à la convention médicale de votre spécialité, Contactez-nous pour recevoir ou télécharger par ADSL les derniers correctifs.
AFFID Systèmes
Transmission
Connexion RSS
Connexion au réseau Sésam-Vitale
Connexion au Serveur Sésam-Vitale
Réception des Accusés de Réception Logiques
Transmission des feuilles de soins électroniques
Déconnexion au Réseau et au Serveur Sésam-Vitale
Analyse des Accusés de Réception Logiques
Valider
Annuler

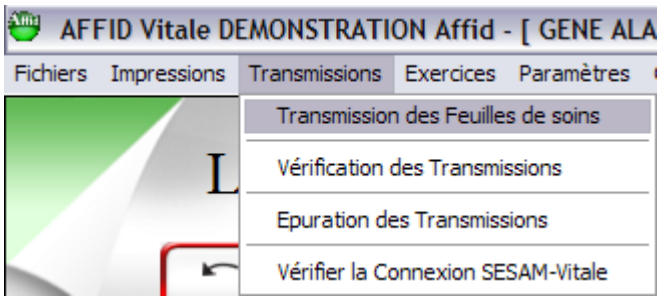
- Cet écran présente les différentes étapes de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, vous pouvez annuler la transmission en cliquant sur le bouton

.
- **La carte CPS doit être présente dans le lecteur.**
- Pour confirmer la télé-transmission des feuilles de soins, cliquer sur

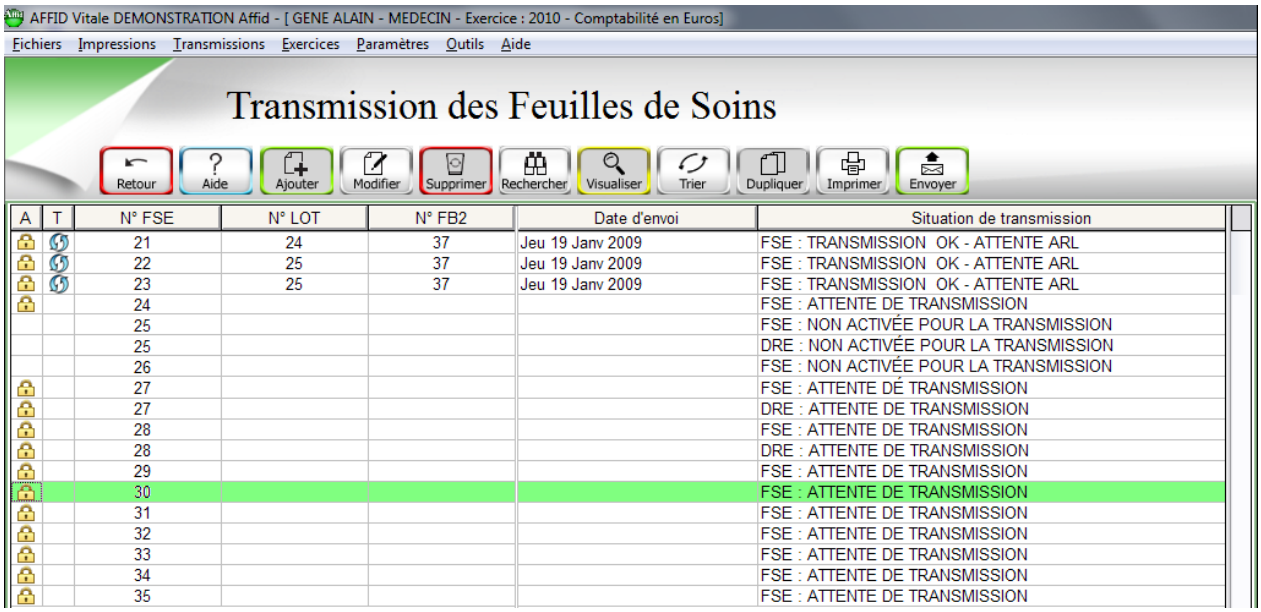
Une journée de consultation moyenne chez un médecin généraliste peut produire un lot de feuilles de soins électroniques de moins de 50 Ko. Dans la majorité des cas (selon l'horaire de transmission et la vitesse de transmission du modem), la durée de transmission d'un fichier quotidien moyen ne devrait pas dépasser 1 à 2 minutes.

Lors de la prochaine transmission le logiciel récupérera automatiquement tous les Accusés de Réception Logique de la précédente transmission.

➢ Soit par le menu principal : **Transmissions,** puis sur **Transmission des feuilles.** Celui-ci n'est pas utilisé par les praticiens de manière courante, il permet de visualiser les lots et les fichiers FB2 en cas de problème sur des télétransmissions mal effectuées.



Affichage du récapitulatif des feuilles de soins à partir d'un tableau détaillant les lots de télétransmission.


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide
Transmission des Feuilles de Soins
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

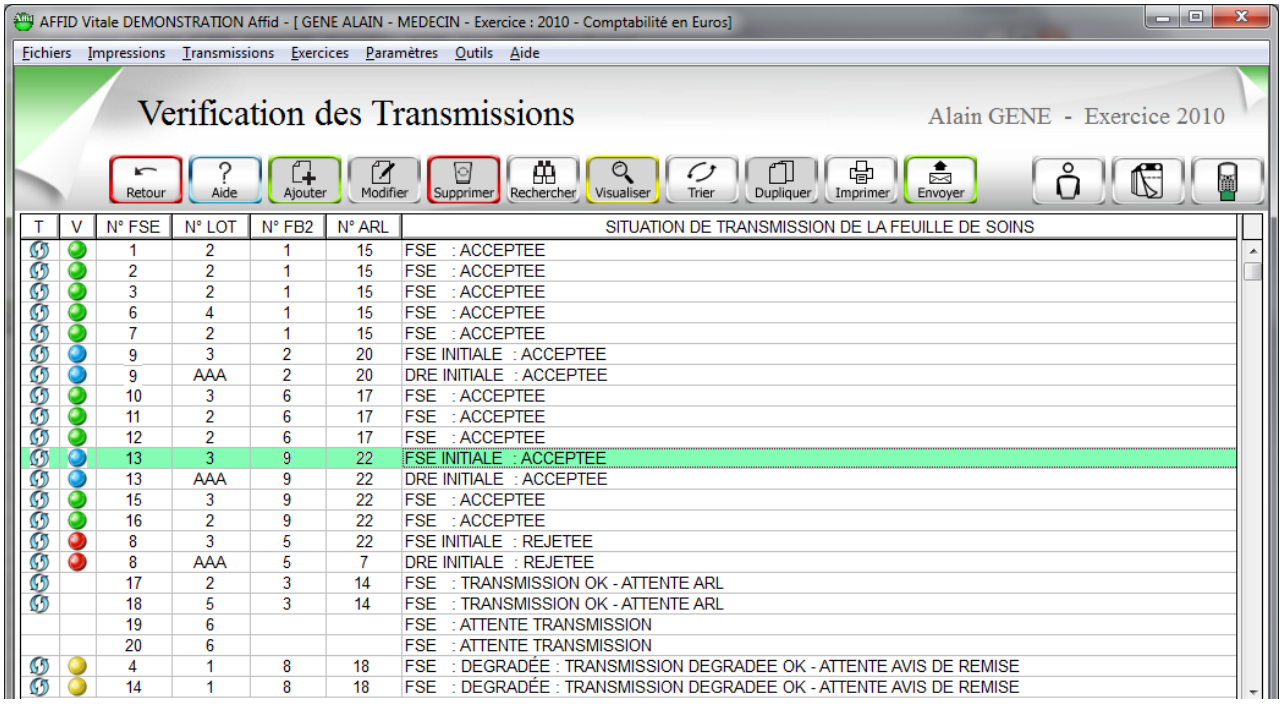
A	T	N° FSE	N° LOT	N° FB2	Date d'envoi	Situation de transmission
		21	24	37	Jeu 19 Janv 2009	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		22	25	37	Jeu 19 Janv 2009	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		23	25	37	Jeu 19 Janv 2009	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		24				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		25				FSE : NON ACTIVÉE POUR LA TRANSMISSION
		25				DRE : NON ACTIVÉE POUR LA TRANSMISSION
		26				FSE : NON ACTIVÉE POUR LA TRANSMISSION
		27				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		27				DRE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		28				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		28				DRE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		29				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		30				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		31				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		32				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		33				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		34				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION
		35				FSE : ATTENTE DE TRANSMISSION

N°FSE : Numéro de la feuille de soins
N°LOT : Numéro des lots des feuilles de soins
N°FB2 : Numéro du fichier des lots de feuilles de soins
Date d'envoi : date de la transmission des FSE

5.2 Vérification des transmissions

L'Assurance Maladie Obligatoire renvoie des informations au Professionnel de Santé suite aux transmissions des feuilles de soins directement dans sa Boite Aux Lettres du Réseau SESAM-Vitale. Ces informations sont constituées de références NOEMIE *(Norme Ouverte d' Echange pour la Maladie avec des Intervenants Extérieurs)* :

L'accès à la vérification des télétransmissions se fait par le menu principal : **Transmissions,** puis sur **Vérification des transmissions** celui-ci n'est pas utilisé par les praticiens de manière courante, l'état des télétransmissions étant déjà affiché dans le livre des feuilles de soins. Il permet de visualiser les N° de fichier FB2, les N° de lot et les N° d'ARL en cas de problème sur des télétransmissions mal effectuées.


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide
Verification des Transmissions
Alain GENE - Exercice 2010
Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

T	V	N° FSE	N° LOT	N° FB2	N° ARL	SITUATION DE TRANSMISSION DE LA FEUILLE DE SOINS
		1	2	1	15	FSE : ACCEPTEE
		2	2	1	15	FSE : ACCEPTEE
		3	2	1	15	FSE : ACCEPTEE
		6	4	1	15	FSE : ACCEPTEE
		7	2	1	15	FSE : ACCEPTEE
		9	3	2	20	FSE INITIALE : ACCEPTEE
		9	AAA	2	20	DRE INITIALE : ACCEPTEE
		10	3	6	17	FSE : ACCEPTEE
		11	2	6	17	FSE : ACCEPTEE
		12	2	6	17	FSE : ACCEPTEE
		13	3	9	22	FSE INITIALE : ACCEPTEE
		13	AAA	9	22	DRE INITIALE : ACCEPTEE
		15	3	9	22	FSE : ACCEPTEE
		16	2	9	22	FSE : ACCEPTEE
		8	3	5	22	FSE INITIALE : REJETEE
		8	AAA	5	7	DRE INITIALE : REJETEE
		17	2	3	14	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		18	5	3	14	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		19	6			FSE : ATTENTE TRANSMISSION
		20	6			FSE : ATTENTE TRANSMISSION
		4	1	8	18	FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION DEGRADEE OK - ATTENTE AVIS DE REMISE
		14	1	8	18	FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION DEGRADEE OK - ATTENTE AVIS DE REMISE

Pictogrammes des feuilles de soins

Colonne **T**

- la feuille de soins a été transmise vers la caisse d'assurance maladie

Colonne **V**

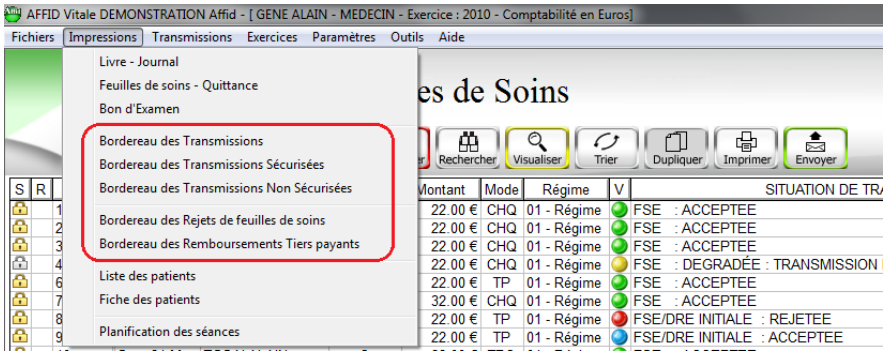
- la feuille de soins a été acceptée (conforme aux normes de transmission)
- la feuille de soins a été remboursée (paiement reçu des Tiers Payants)
- la feuille de soins a été rejetée (non conforme aux normes de transmission)
- la feuille de soins en mode dégradé (IRIS) a reçu une notification de transmission positive

N°FSE : Numéro de la feuille de soins
N°LOT : Numéro des lots des feuilles de soins
N°FB2 : Numéro du fichier des lots de feuilles de soins
N°ARL : Numéro de l'Accusé Réception Logique
SITUATION DE TRANSMISSION... : message informatif sur la télétransmission de la FSE

5.3 Impression des documents

Les fichiers retournés par les caisses d'assurances de maladie pour acquitter les feuilles de soins électroniques sont traduits et traités automatiquement par AFFID Vitale.

Vous pouvez imprimer à partir du menu **Impressions**, le **bordereau des transmissions**, le **bordereau** des **Rejets de feuilles de soins** et le **bordereau** des **Remboursements reçus des tiers payants**.


AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MEDECIN - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers
Impressions
Transmissions
Exercices
Paramètres
Outils
Aide
Livre - Journal
Feuilles de soins - Quittance
Bon d'Examen
Bordereau des Transmissions
Bordereau des Transmissions Sécurisées
Bordereau des Transmissions Non Sécurisées
Bordereau des Rejets de feuilles de soins
Bordereau des Remboursements Tiers payants
Liste des patients
Fiche des patients
Planification des séances
es de Soins
Rechercher
Visualiser
Trier
Dupliquer
Imprimer
Envoyer
S
R
Montant
Mode
Régime
V
SITUATION DE TR
22.00 € CHQ 01 - Régime FSE : ACCEPTEE
22.00 € CHQ 01 - Régime FSE : ACCEPTEE
22.00 € CHQ 01 - Régime FSE : ACCEPTEE
22.00 € CHQ 01 - Régime FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION
22.00 € TP 01 - Régime FSE : ACCEPTEE
32.00 € CHQ 01 - Régime FSE : ACCEPTEE
22.00 € TP 01 - Régime FSE/DRE INITIALE : REJETEE
22.00 € TP 01 - Régime FSE/DRE INITIALE : ACCEPTEE

© AFFID - FS2009.2
GENE Alain

Vendredi 24 Avril 2009 - 12:57
Page : 1

BORDEREAU DE TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS
DU 30/08/2006 AU 30/08/2006

TRANSMISSION N° 2047 - SV140100/00000941042541/20060830113747020 47/00011 - ARL : 2554/20060830 - RSP : 0/

N° FSE	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
	01941@941.01.rss.fr	**019411601 - CRETEIL**
	LOT N°641	
1261	SUNE LUCILLE	ACCEPTÉE - NOMBRE DE FACTURES : 00006 MONTANT TOTAL DU LOT : 0000139,00
	2250341439302 41	20060830 - C - 21.00 - ESP
1262	GASILLE CASSANDRA	ACCEPTÉE - NOMBRE DE FACTURES : 00006 MONTANT TOTAL DU LOT : 0000139,00
	2780452143938 78	20060830 - C - 21.00 - CHQ
1263	BOLISSA LUCAS	ACCEPTÉE - NOMBRE DE FACTURES : 00006 MONTANT TOTAL DU LOT : 0000139,00
	1780499781081 10	20060830 - M_A - 26.00 - CHQ
1263	KILYAN MARIA	ACCEPTÉE - NOMBRE DE FACTURES : 00006 MONTANT TOTAL DU LOT : 0000139,00
	2710875214860 35	20060830 - M_A - 24.00 - CHQ
1263	JOILAN SANDRA	ACCEPTÉE - NOMBRE DE FACTURES : 00006 MONTANT TOTAL DU LOT : 0000139,00
	2710875115214 45	20060830 - M_A - 26.00 - CHQ
	LOT N°642	
1262	FURNIER YVONNE	PAIEMENT Euros - Base=21.00, TM=0.00, Remboursé=21.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00, du 01/09
	2230455752253 93	20060830 - C - 21.00 - TP
	LOT N°643	
1262	TABSAM MELISSA	PAIEMENT Euros - Base=21.00, TM=0.00, Remboursé=21.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00, du 01/09
	2830695577593 47	20060830 - C - 21.00 - TP
1262	MARIMEDIOS YVON	PAIEMENT Euros - Base=21.00, TM=0.00, Remboursé=21.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00, du 01/09
	1860394073062 15	20060830 - C - 21.00 - TP
1262	DA SILVA SANDRINE	PAIEMENT Euros - Base=26.00, TM=0.00, Remboursé=26.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00, du 01/09
	2830569522557 45	20060830 - M_A - 26.00 - TP
1262	DA SILVA MARIE	PAIEMENT Euros - Base=24.00, TM=0.00, Remboursé=24.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00, du 01/09
	2830569522557 45	20060830 - M_A - 24.00 - TP
	NOMBRE TRANSMISSION...: 10	

LISTE DES REJETS DE FEUILLES DE SOINS

N° FSE	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
	017710161 - CPAM MELUN RUBELLES	**01 - Régime général**
8128	TABSAM MELISSA 2830695577593 47	21/03/2006 - lot=624 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE
	019111051 - CPAM EVRY	**01 - Régime général**
5955	BOLISSA LUCAS 1780499781081 10	23/01/2006 - lot=219 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE
	019111081 - CPAM EVRY	**01 - Régime général**
7144	BOLISSA LUCAS 1780499781081 10	22/02/2006 - lot=432 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE
7286	BOLISSA LUCAS 1780499781081 10	27/02/2006 - lot=460 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE
	019311511 - BOBIGNY	**01 - Régime général**
9235	KILYAN MARIA 2710875214860	25/04/2006 - lot=854 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE
	019410281 - CRETEIL	**01 - Régime général**
9554	MARIMEDIOS YVON 1860394073062	04/05/2006 - lot=921 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE
9699	JOILAN SANDRA 2710875115214 45	10/05/2006 - lot=963 - TRAITEMENT CAISSE - CONTACTEZ LA CAISSE

«../..»

LISTE DES REMBOURSEMENTS DES TIERS PAYANTS		
N° FSE	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
	015977511 - CPAM ROUBAIX	**01 - Régime général**
6136	FURNIER YVONNE 2230455752253 93	26/01/2006 - lot=252 - Euros - Base=20.00, TM=0.00, Remboursé=20.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00
	TOTAL : 015977511 - CPAM ROUBAIX	**NB=1 , Base=20.00 , TM=0.00 , Remboursé=20.00 , Ajusté=0.00 , Reste=0.00**
	017710041 - CPAM MELUN RUBELLES	**01 - Régime général**
6069	DA SILVA SANDRINE 2830569522557	25/01/2006 - lot=240 - Euros - Base=20.00, TM=0.00, Remboursé=20.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00
6070	DA SILVA MARIE 2830569522557 45	25/01/2006 - lot=240 - Euros - Base=20.00, TM=0.00, Remboursé=20.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00
	TOTAL : 017710041 - CPAM MELUN R	**NB=2 , Base=40.00 , TM=0.00 , Remboursé=40.00 , Ajusté=0.00 , Reste=0.00**
	019111051 - CPAM EVRY	**01 - Régime général**
5219	JOILAN SANDRA 2710875115214 45	03/01/2006 - lot=065 - Euros - Base=20.00, TM=0.00, Remboursé=20.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00
5820	BOLISSA LUCAS 1780499781081 10	18/01/2006 - lot=176 - Euros - Base=20.00, TM=0.00, Remboursé=20.00, Ajusté=0.00, Reste=0.00
	TOTAL : 019111051 - CPAM EVRY	**NB=2 , Base=40.00 , TM=0.00 , Remboursé=40.00 , Ajusté=0.00 , Reste=0.00**

«../..»

Un ARL négatif ou une absence d'ARL *(non-acquittement de la transmission par la caisse destinataire)* dans un délai de 2 jours suivant la transmission des fichiers impose au Professionnel de Santé de retransmettre les fichiers dans un délai de 2 jours ouvrés.

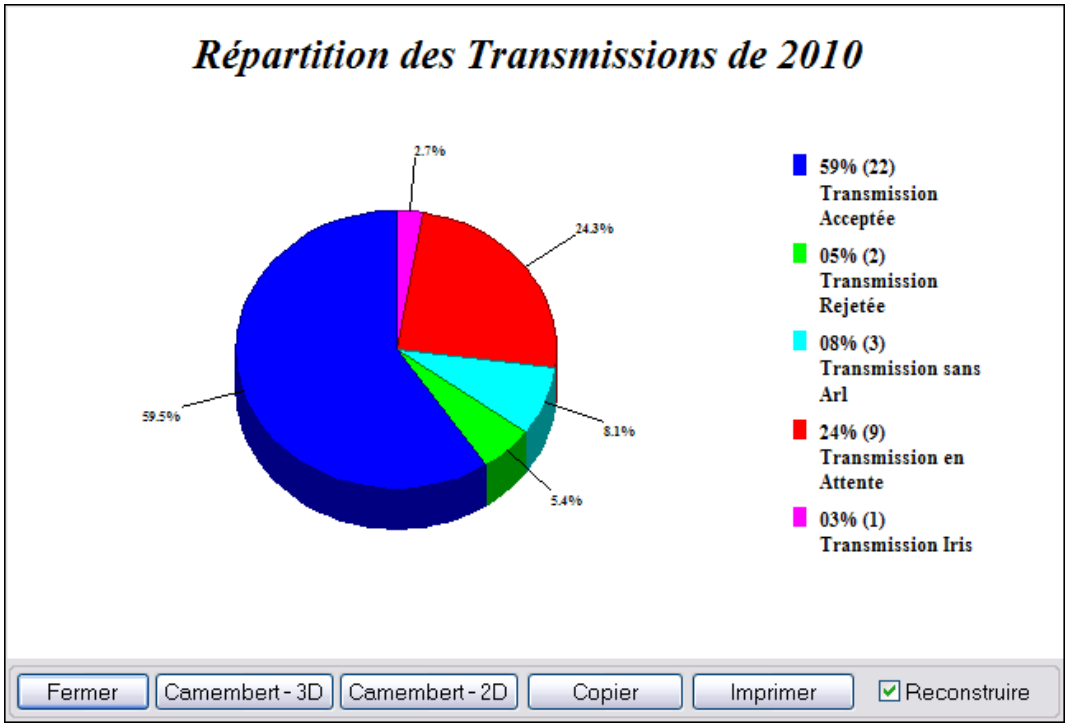
AFFID Vitale s'occupe de tout ! en cas d'absence d'acquittement des feuilles de soins électroniques par les caisses, le logiciel retransmet automatiquement les feuilles de soins concernées aux différentes caisses et vous le signale par un message d'alarme à l'écran.

Si après la retransmission et la vérification des feuilles de soins, de nouveau, dans un délai de 2 jours vous n'avez toujours pas reçu d'acquittement, vous devez impérativement imprimer toutes les feuilles de soins non acquittées comme DUPLICATA et les envoyer par courrier postal aux différentes caisses d'assurances de maladie.

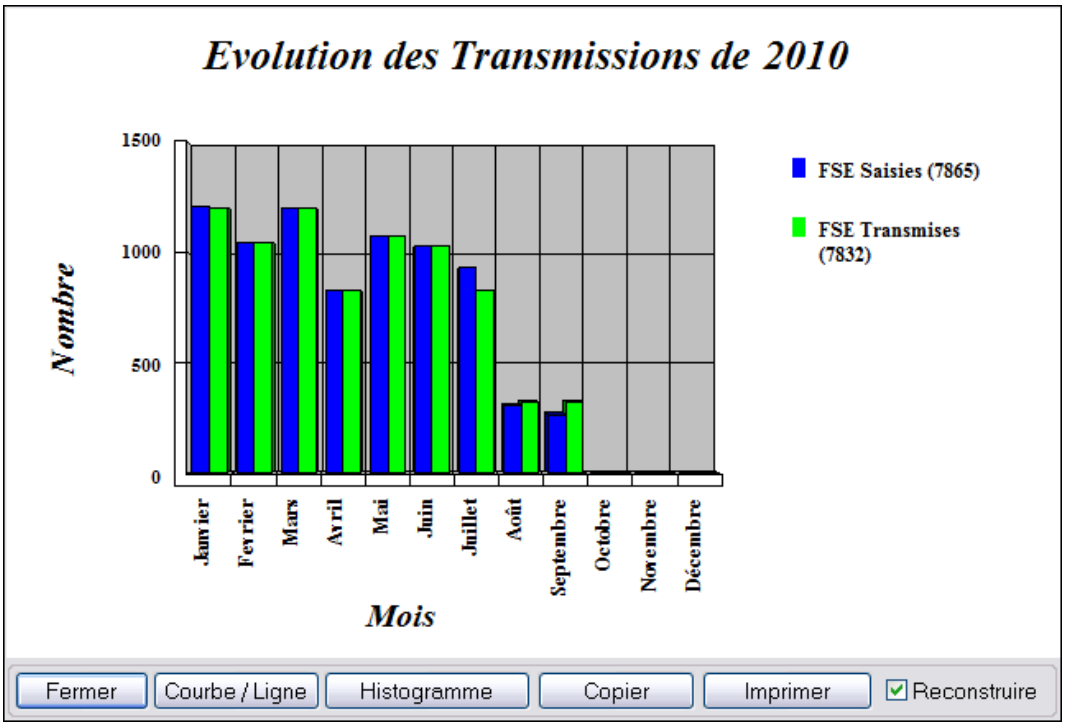
5.4 Graphes

Vous pouvez visualiser à tout moment l'état global de toutes vos transmissions effectuées ou non vers les Caisses d'Assurance de Maladie depuis le menu : **Les Feuilles de soins** et **Evolution des transmissions** ou **répartition des transmissions.**

AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS
AFFID Vitale
Version 2010.2.0
Correctif n° 1 - Décembre
Feuilles de soins
Paramètres
Transmissions
Les Feuilles de soins
Saisie
Impression du Livre - Journal
Impression des Feuilles de soins
Impression du Bon d'examen
Personnalisation des prestations
Evolution des transmissions
Répartition des transmissions
Répartition des retours Tiers payants
Liste des Patients
Planification des Séances
Lecteur Vitale Portable
Sécuriser les factures désynchronisé



- **Transmission Acceptée** : Nombre de feuilles de soins acquittées définitivement.
- **Transmission Rejetée** : Nombre de feuilles de soins rejetées définitivement par les caisses.
- **Transmission sans Arl** : Nombre de feuilles de soins transmises mais non encore acquittées.
- **Transmission en Attente** : Nombre de feuilles de soins non encore transmises vers les caisses.
- **Transmission Iris** : Nombre de feuilles de soins acquittées en mode non sécurisé.



- **Fse Saisies** : Nombre de feuilles de soins réalisées dans l'année.
- **Fse Transmises** : Nombre de feuilles de soins envoyées aux caisses dans l'année.

5.5 Epuration des transmissions

Les règles de conservation des données sur le poste de travail du Professionnel de Santé sont réglementées d'une période de 90 jours au moins.

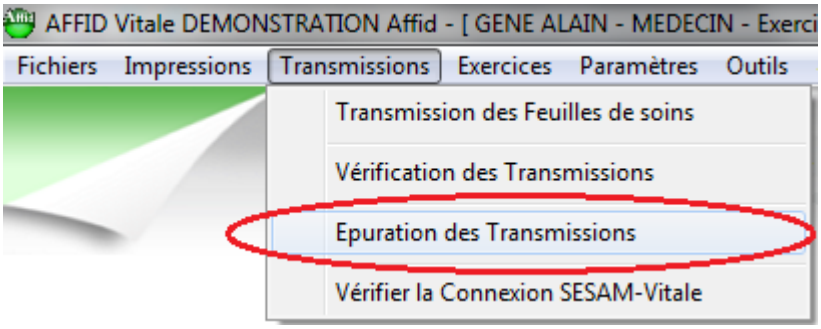
Les données à supprimer sur le poste de travail sont les fichiers de transmission et les fichiers retournés par les Assurances de Maladie.

Toutes les feuilles de soins sont laissées à la discrétion du Professionnel de Santé en fonction de ses besoins.

Avant de lancer l'épuration des feuilles de soins électroniques, faites une sauvegarde de vos données (Voir Chapitre : Sauvegarde) 120

Pour supprimer les fichiers de transmission :

- Cliquez sur le menu **Transmissions** puis sur **Epuration des transmissions**



Epuration des Transmissions
CE TRAITEMENT A POUR OBJET DE SUPPRIMER LES FICHIERS DE TRANSMISSION CONSERVES PENDANT LA PERIODE REGLEMENTAIRE DE 90 JOURS AU MOINS.
Valider
Annuler
Aide
Supprimer aussi toutes les feuilles de soins électroniques acquittées de 90 jours au moins ?
* Si vous transférez vos recettes de feuilles de soins dans AFFID Standard ne cochez pas cette option.

- Si vous voulez supprimer ***irréversiblement*** dans la grille toutes les feuilles de soins électroniques acquittées depuis 90 jours au moins, cochez l'option **Supprimer les feuilles de soins électroniques...**

  Si vous possédez AFFID Standard, ne cochez pas l'option « **Supprimer aussi toutes les feuilles de soins acquittées de 90 jours au moins ?** »

- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer la suppression.

La taille probable en fin d'année de l'ensemble des fichiers *(Feuilles de soins + fichiers intermédiaires et fichiers de transmissions)* varie entre 20Mo et 60Mo selon votre activité.

Vous pouvez archiver vos feuilles de soins sur un support disque amovible ou clé USB

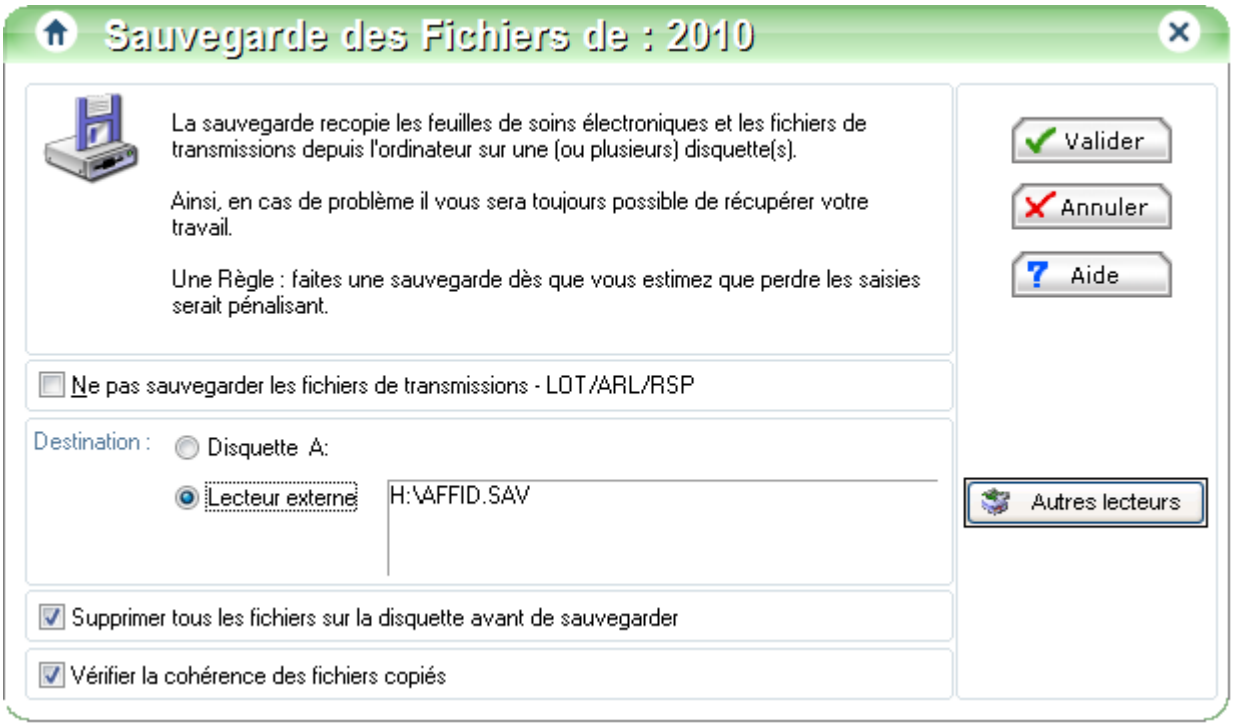
6 Outils

6.1 Sauvegarde

La **Sauvegarde** recopie tous les fichiers de données *(de l'exercice encours)* du Professionnel de Santé depuis le disque dur de votre ordinateur sur une *(ou plusieurs)* disquette(s) *(ou autres supports de sauvegarde)* préalablement formatée(s).

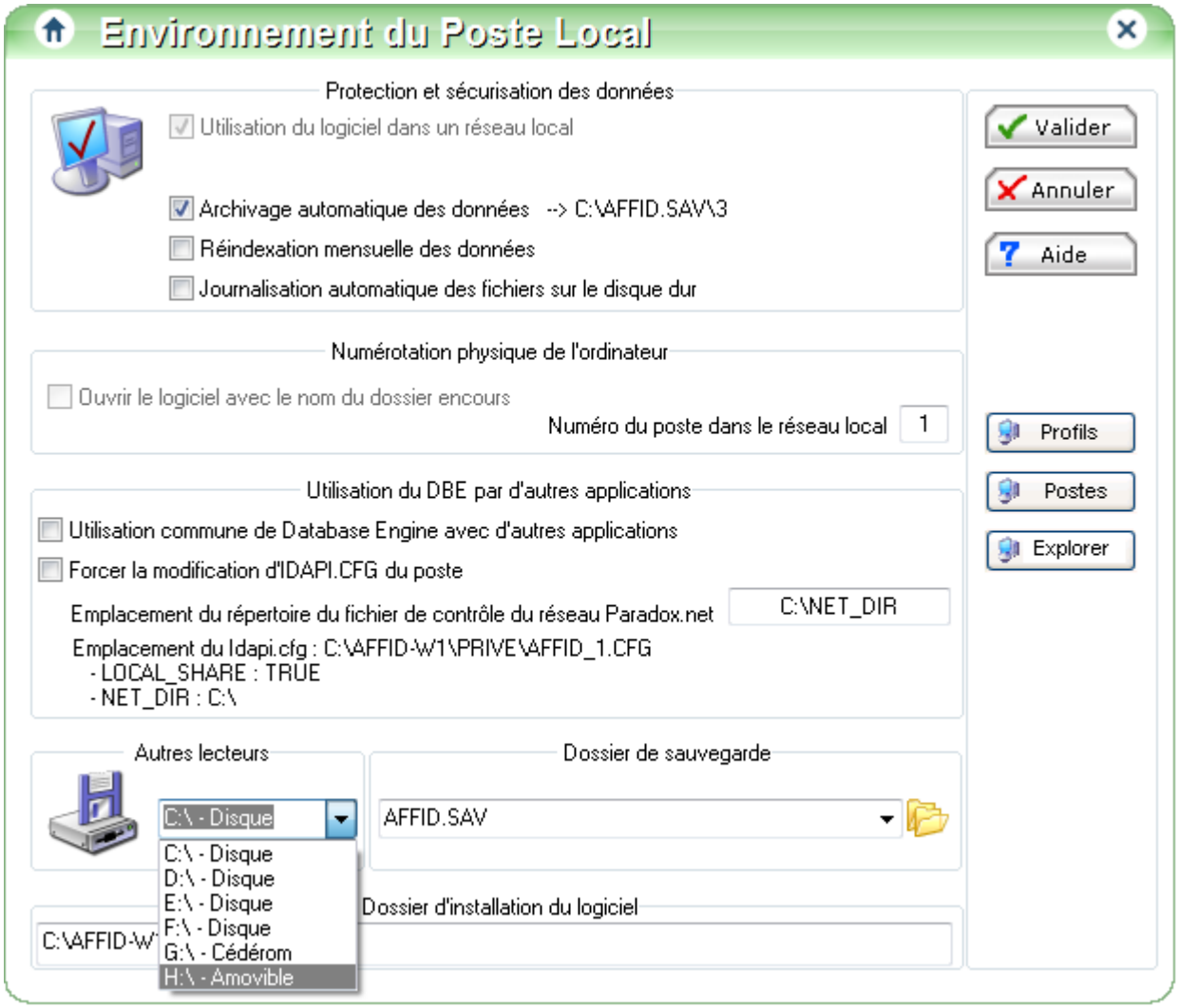
Pour sauvegarder vos feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Outils** puis sur **Sauvegarde**


Sauvegarde des Fichiers de : 2010
La sauvegarde recopie les feuilles de soins électroniques et les fichiers de transmissions depuis l'ordinateur sur une (ou plusieurs) disquette(s).
Ainsi, en cas de problème il vous sera toujours possible de récupérer votre travail.
Une Règle : faites une sauvegarde dès que vous estimez que perdre les saisies serait pénalisant.
Valider
Annuler
Aide
Ne pas sauvegarder les fichiers de transmissions - LOT/ARL/RSP
Destination :
Disquette A:
Lecteur externe
H:\AFFID.SAV
Autres lecteurs
Supprimer tous les fichiers sur la disquette avant de sauvegarder
Vérifier la cohérence des fichiers copiés

- Si vous voulez sauvegarde sur un disque amovible (Zip,CdWriter), vous devez cocher **Lecteur externe** et cliquer sur le bouton

pour préciser le nom du lecteur amovible, puis sélectionner le lecteur :



- Cliquez sur le bouton **Valider** pour lancer la sauvegarde.

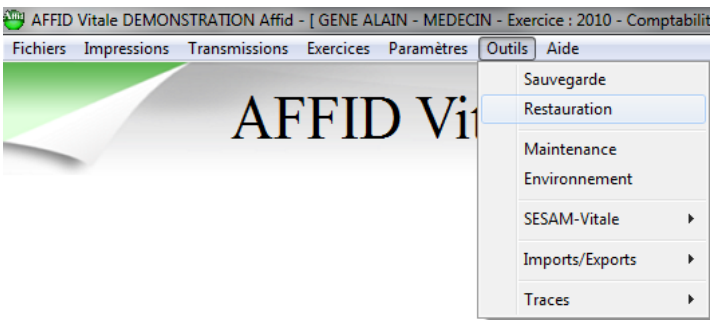
Après validation une barre de progression indique la copie en cours des fichiers de la disquette ou disque externe sur le disque dur. A la fin de la copie le programme revient au menu.

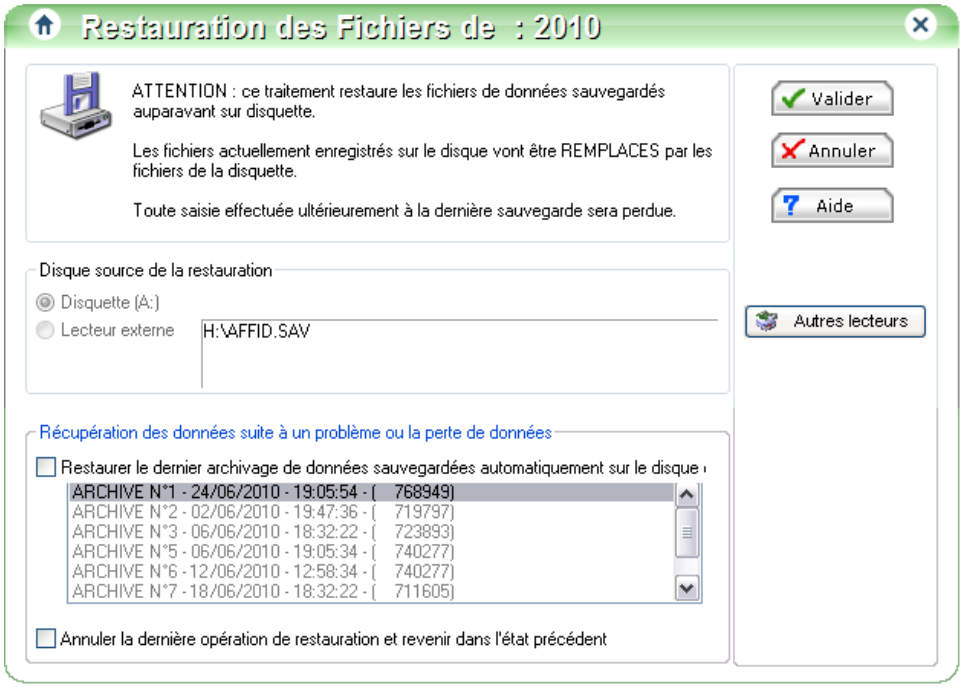
6.2 Restauration

Ce module recopie tous les fichiers de données *(de l'exercice encours)* du Professionnel de Santé, préalablement sauvegardés sur un support externe de sauvegarde vers le disque dur de votre micro-ordinateur.

Pour restaurer vos feuilles de soins :

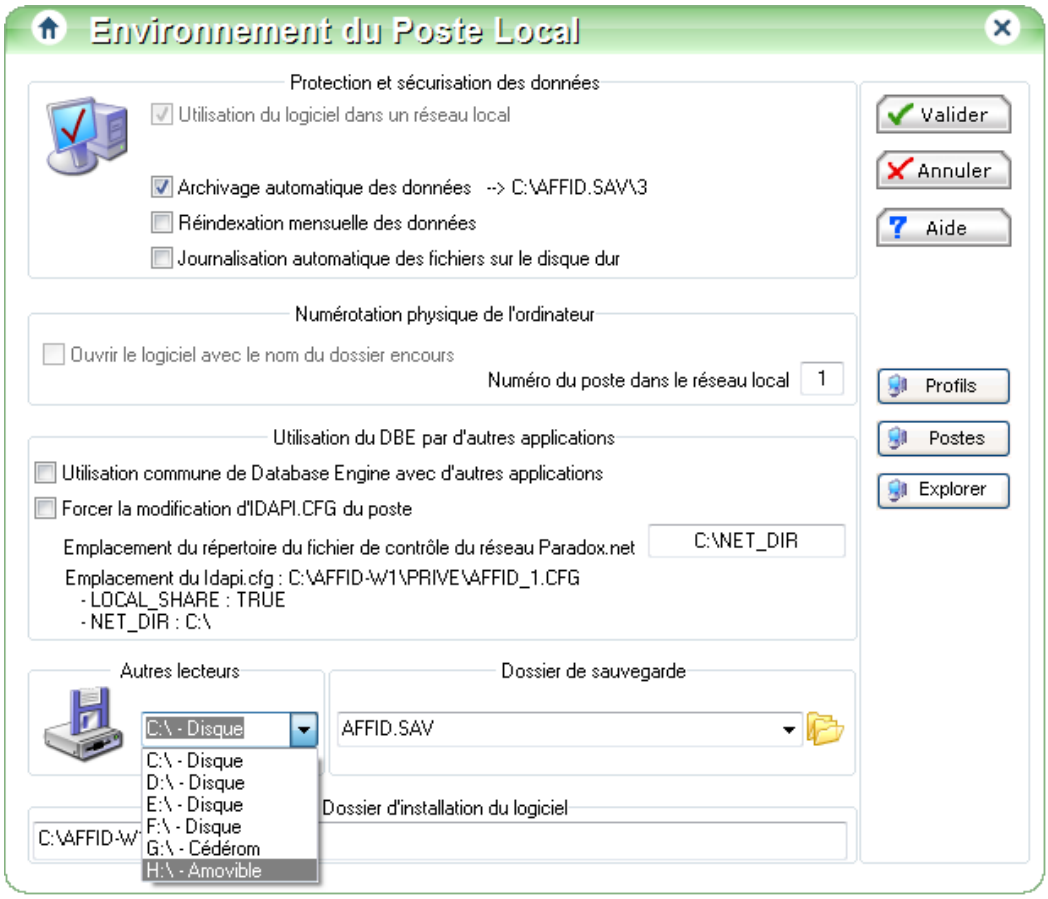
- Cliquez sur le menu **Outils** puis sur **Restauration**




Restauration des Fichiers de : 2010
ATTENTION : ce traitement restaure les fichiers de données sauvegardés auparavant sur disquette.
Les fichiers actuellement enregistrés sur le disque vont être REMPLACES par les fichiers de la disquette.
Toute saisie effectuée ultérieurement à la dernière sauvegarde sera perdue.
Valider
Annuler
Aide
Disque source de la restauration
Disquette (A:)
Lecteur externe
H:\AFFID.SAV
Autres lecteurs
Récupération des données suite à un problème ou la perte de données
Restaurer le dernier archivage de données sauvegardées automatiquement sur le disque
ARCHIVE N°1 - 24/06/2010 - 19:05:54 - (768949)
ARCHIVE N°2 - 02/06/2010 - 19:47:36 - (719797)
ARCHIVE N°3 - 06/06/2010 - 18:32:22 - (723893)
ARCHIVE N°5 - 06/06/2010 - 19:05:34 - (740277)
ARCHIVE N°6 - 12/06/2010 - 12:58:34 - (740277)
ARCHIVE N°7 - 18/06/2010 - 18:32:22 - (711605)
Annuler la dernière opération de restauration et revenir dans l'état précédent

- Si vous voulez restaurer à partir d'un disque amovible (Zip,CdWriter), vous devez cocher **Lecteur externe** et cliquer sur le bouton

pour préciser le nom du lecteur amovible, puis sélectionner le lecteur :



- Cliquez sur le bouton **Valider** pour lancer la restauration.

Après validation une barre de progression indique la copie en cours des fichiers de la disquette ou disque externe sur le disque dur. A la fin de la copie le programme revient au menu.

Attention !

La restauration remplace les fichiers du disque dur par ceux du support externe ! Toutes les saisies effectuées sur le disque dur après la date de sauvegarde ne sont donc pas conservées.

De plus à chaque fermeture AFFID archive automatiquement les données saisies sur le disque dur de votre ordinateur (C:\AFFID.SAV) d'où l'importance de fermer le logiciel quand vous ne l'utilisez pas pour créer un point de restauration en cas d'accident.

6.3 Points de sauvegardes AFFID

A chaque fermeture AFFID, archive automatiquement les données saisies sur le disque dur de votre ordinateur (C:\AFFID.SAV), **d'où l'importance de fermer le logiciel quand vous ne l' utilisez pas (à midi par exemple),** pour créer un point de restauration**.**

Les 9 derniers points de sauvegarde sont conservés permettant de minimiser la perte de données en cas d'incident sur votre machine.

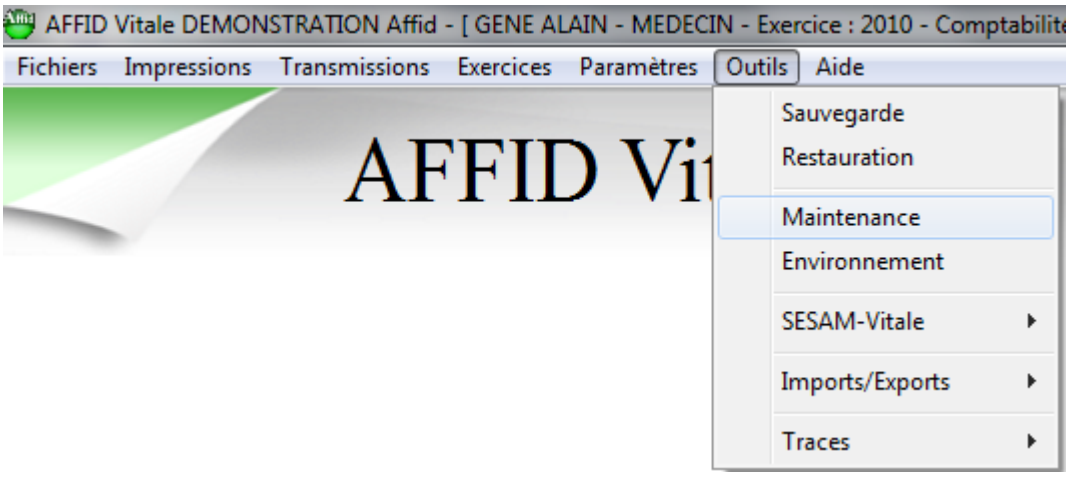
6.4 Maintenance

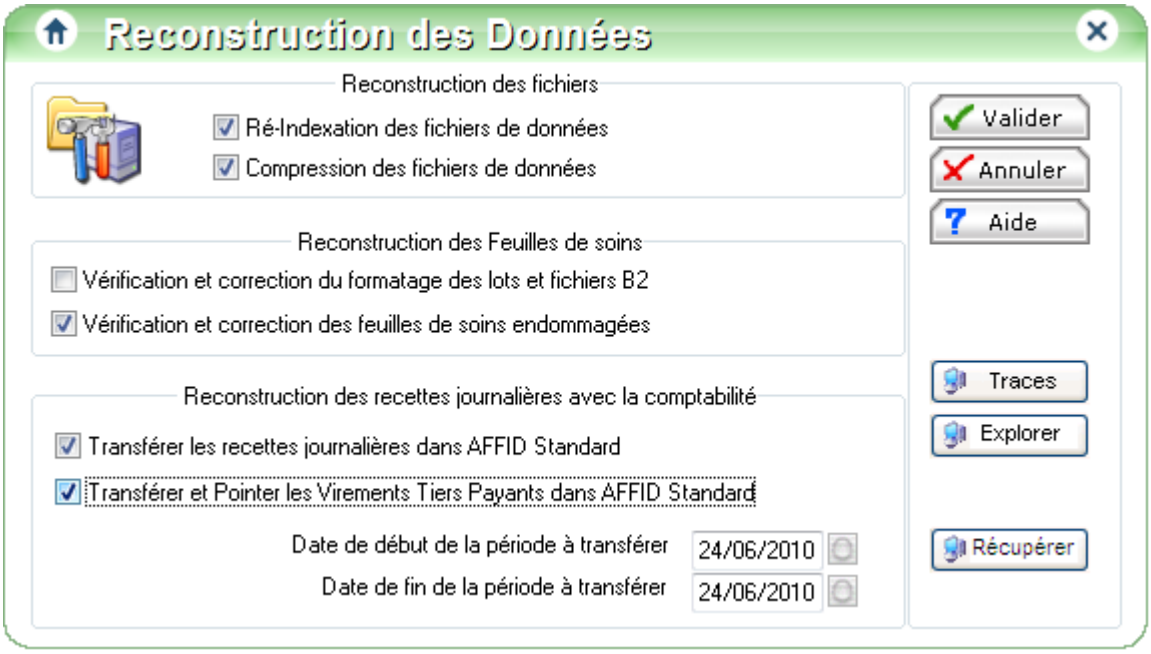
Ce module permet la reconstruction complète des index des fichiers. Par suite d'incidents électriques (de micro-coupures), ou d'interruption de traitements, certains index peuvent être mal générés sur le disque dur.

Reconstruction des feuilles de soins

Pour vérifier et corriger vos feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Outils** puis sur **Maintenance**




Reconstruction des Données
Reconstruction des fichiers
Ré-Indexation des fichiers de données
Compression des fichiers de données
Reconstruction des Feuilles de soins
Vérification et correction du formatage des lots et fichiers B2
Vérification et correction des feuilles de soins endommagées
Reconstruction des recettes journalières avec la comptabilité
Transférer les recettes journalières dans AFFID Standard
Transférer et Pointer les Virements Tiers Payants dans AFFID Standard
Date de début de la période à transférer
24/06/2010
Date de fin de la période à transférer
24/06/2010
Valider
Annuler
Aide
Traces
Explorer
Récupérer

Cocher les cases :

- **Ré-Indexation des fichiers**. Corrige les anomalies constatées avec le disque dur.
- **Compression des fichiers de données**. Compresse les fichiers de données sur le disque dur.
- **Vérification cohérence…** Reconstruit et corrige les flux SESAM-VITALE

Si vous utiliser le logiciel AFFID Standard ou AFFID Recettes

- **Transférer les recettes…** Enregistre les actes dans AFFID Standard.
- **Transférer et pointer les virements…** Pointe les virements dans AFFID Standard

Cliquez sur le bouton **Valider** pour lancer la reconstruction.

7 Annexes

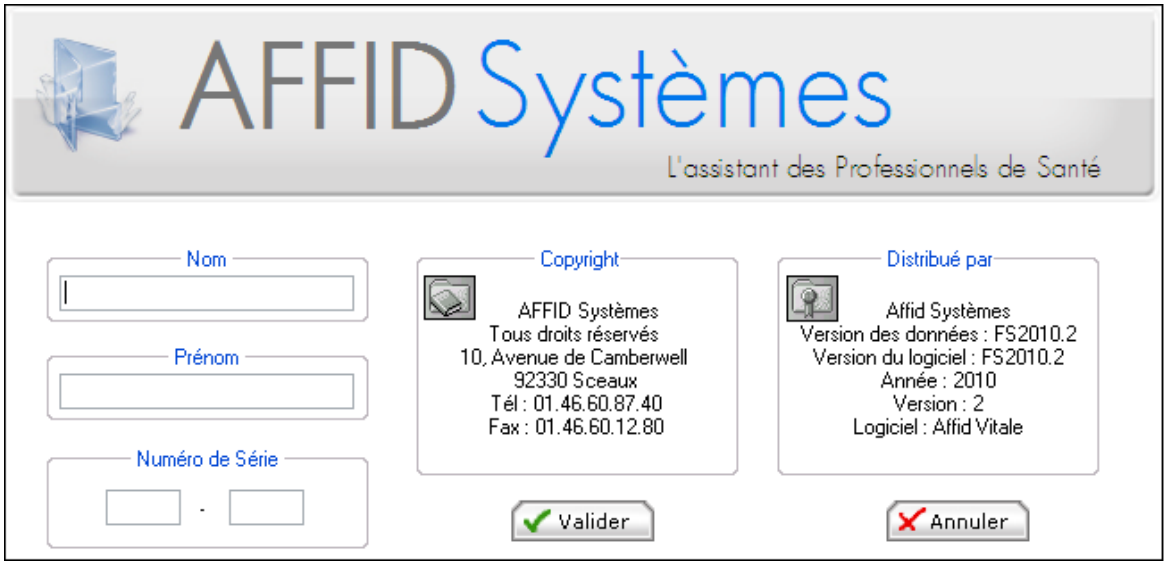
7.1 AFFID Vitale et plusieurs licences

Lors de l'installation du progiciel de Santé, une seule licence d'exploitation est créée par défaut. En exécutant pour la première fois l'application, vous accéderez automatiquement à l' identification du premier praticien.

Installation des licences Affid Vitale

Pour installer sur le même ordinateur plusieurs licences d'exploitation :

- Cliquez sur le menu **Fichiers** puis sur **Nouveau Praticien**



- Insérez d'abord la carte du Professionnel de Santé concerné dans le lecteur de carte à puces
- Saisissez le **Nom, Prénom** et le **Numéro de Série** du praticien.
- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer l'identification.

Après la création du nouveau praticien, une liste composée de toutes les licences déjà créées apparaîtra à l'écran vous demandant d'en sélectionner l'une d'entre elles.

Vous pouvez à tout moment changer ou parcourir les dossiers de tous les praticiens installés en cliquant sur l'option **(PRATICIENS)** en haut à droite du menu (ou avec le clic droit de la souris).

7.2 AFFID en réseau

Les logiciels AFFID Systèmes sont conçus pour fonctionner dans une architecture mono-poste ou réseau.

L'installation des logiciels AFFID est simple à mettre en oeuvre mais doit respecter une méthodologie et un paramétrage spécifique, à la fois sur le serveur et sue chaque poste client.

La saisie simultanée des feuilles de soins électroniques **sur deux ordinateurs différents dans le dossier d'un même praticien est interdite.**
Exemple : la secrétaire ne doit pas saisir de feuilles de soins avec sa carte de personnel d'établissement (CPE) dans le dossier du praticien DUPONT lorsque celui-ci utilise aussi le logiciel.

7.2.1 installation sur le serveur

Que ce soit pour une première installation ou une mise à jour du logiciel, il faut toujours commencer par le serveur. Toutes les applications du réseau doivent être fermées.

- Insérez le cédérom dans votre lecteur de CD-ROM.
  Attendre l'apparition automatique de l'écran d'installation…

  Si l'écran n'apparaît pas après quelques minutes :

  - Allez dans le **Poste de travail** de Windows
  - Double-cliquez sur le lecteur de CD-ROM
  - Double-cliquez sur AFFID_CD.EXE

- Dans la zone **Dossier d'installation**, doit s'afficher par défaut l'emplacement du dossier (**C:\AFFID-W1**)
  Pour une installation dans un autre dossier, vous devez contacter AFFID Systèmes.

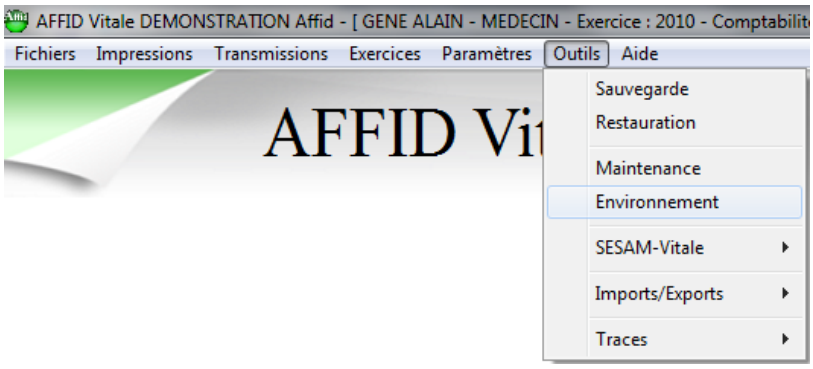
- Le nom du dossier d'installation est imposé (AFFID-W1) et ne doit en aucun être modifié pour des raisons de maintenance du logiciel et d'interface du logiciel **AFFID Vitale** avec d'autres applications.

- Cliquer sur le bouton du logiciel à installer (AFFID Vitale)

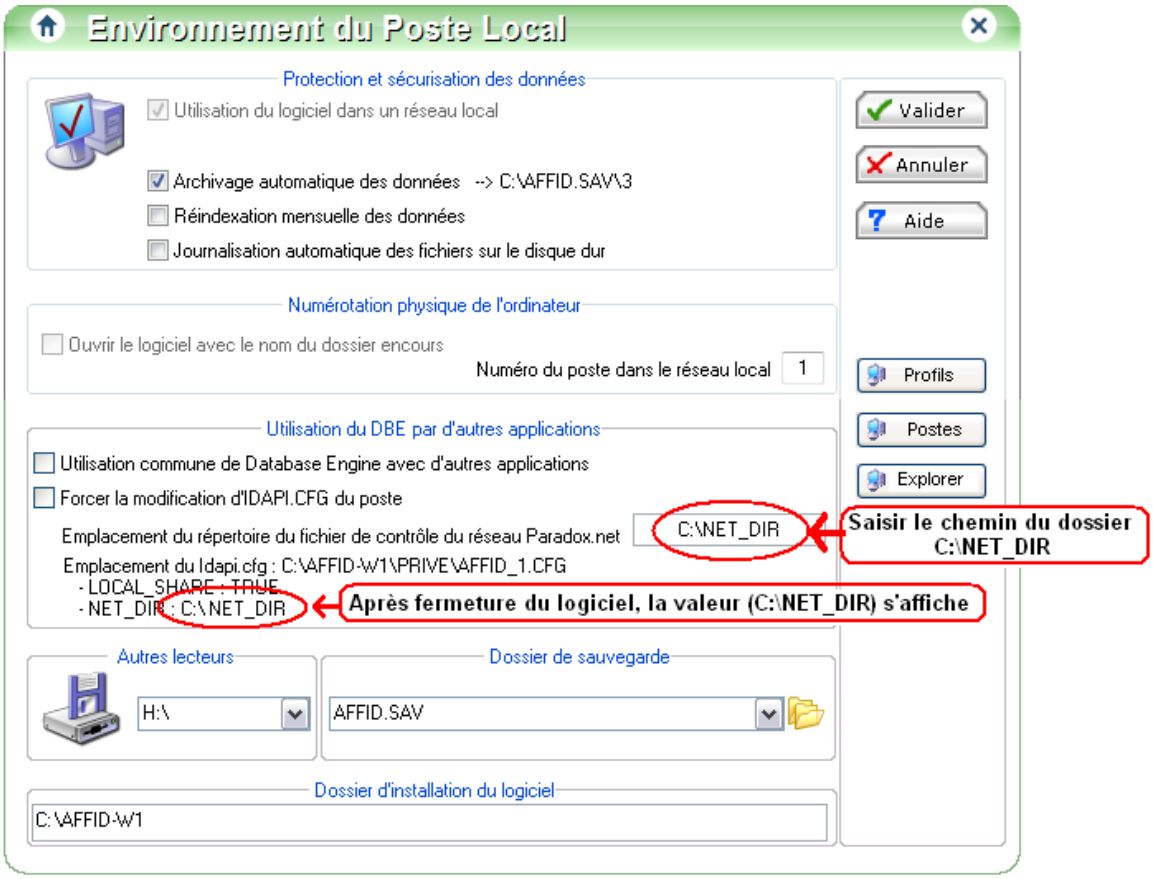
(Si un message s'affiche, cliquez sur Oui pour commencer l'installation)

Le programme d'installation copie tous les fichiers du logiciel vers le disque dur de votre ordinateur dans le dossier **C:\ AFFID-W1.**

- **Lancez le logiciel** et créez toutes les licences (voir chapitre : AFFID Vitale et plusieurs licences) 125.
- **Sélectionnez** l'option **Outils / Environnement**



En réseau un dossier de gestion de réseau, situé sur le disque dur (C:), doit être spécifié (le nom générique habituel est : NET_DIR)


Environnement du Poste Local
Protection et sécurisation des données
Utilisation du logiciel dans un réseau local
Archivage automatique des données --> C:\AFFID.SAV\3
Réindexation mensuelle des données
Journalisation automatique des fichiers sur le disque dur
Numérotation physique de l'ordinateur
Ouvrir le logiciel avec le nom du dossier encours
Numéro du poste dans le réseau local 1
Utilisation du DBE par d'autres applications
Utilisation commune de Database Engine avec d'autres applications
Forcer la modification d'IDAPI.CFG du poste
Emplacement du répertoire du fichier de contrôle du réseau Paradox.net
C:\NET_DIR
Saisir le chemin du dossier C:\NET_DIR
Emplacement du Idapi.cfg : C:\AFFID-W1\PRIVE\AFFID_1.CFG
- LOCAL_SHARE : TRUE
- NET_DIR : C:\NET_DIR
Après fermeture du logiciel, la valeur (C:\NET_DIR) s'affiche
Autres lecteurs
H:\
Dossier de sauvegarde
AFFID.SAV
Dossier d'installation du logiciel
C:\AFFID-W1
Valider
Annuler
Aide
Profils
Postes
Explorer

Quittez et fermez le logiciel sur le Serveur.

7.2.2 installation sur le poste client

Sur chaque poste client, votre installateur vous aura défini au préalable un lecteur réseau (Z:) qui pointe sur le disque de votre serveur. En allant dans l'icône "poste de travail" vous devez voir apparaître ce lecteur réseau. Si ce n'est pas le cas, contactez votre installateur.

Toutes les applications du réseau doivent être fermées.

- Insérez le cédérom dans votre lecteur de CD-ROM.
  Attendre l'apparition automatique de l'écran d'installation…

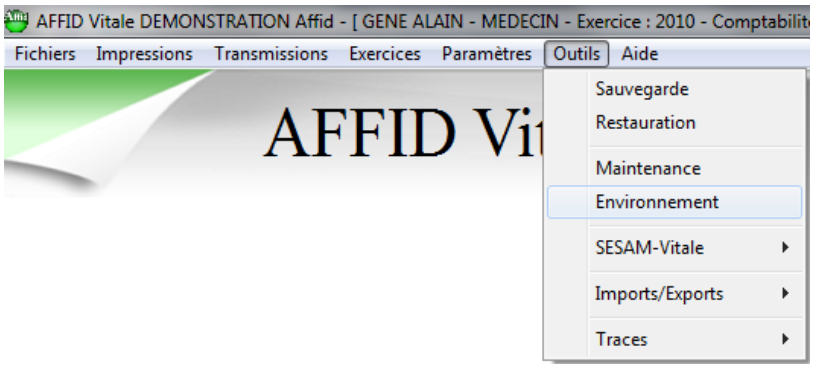
  Si l'écran n'apparaît pas après quelques minutes :

  - Allez dans le **Poste de travail** de Windows
  - Double-cliquez sur le lecteur de CD-ROM
  - Double-cliquez sur AFFID_CD.EXE

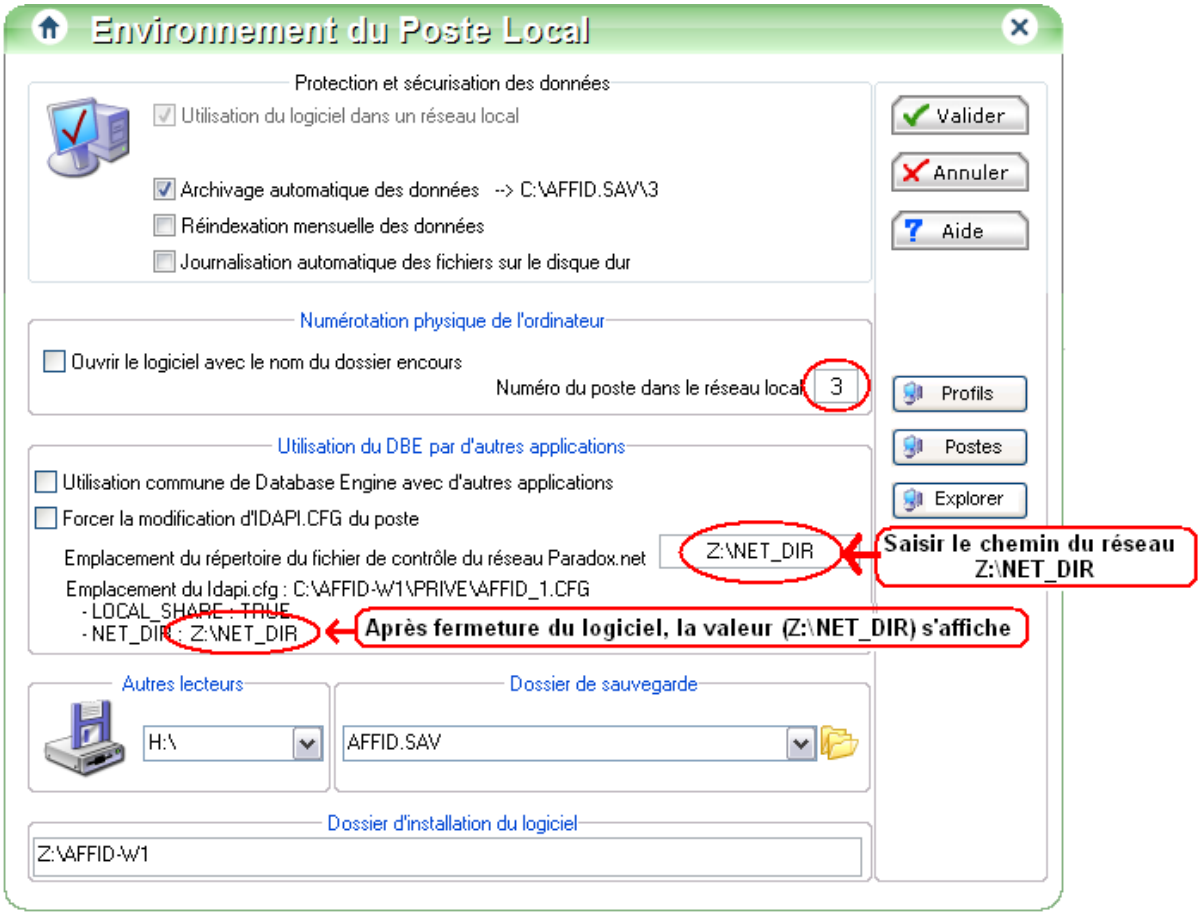
Cocher l'option ***« J'installe sur un poste client relié au serveur»*** et sélectionner le dossier d'installation : **Z:\AFFID -W1**

Après l'installation, lancez le logiciel AFFID sur le poste client.

- Sélectionnez l'option **Outils / Environnement**



La procédure d'installation AFFID a attribué automatiquement un numéro d'identification au poste.
Exemple : 1=Serveur, 2=premier poste client connecté au Progiciel, 3=deuxième


Environnement du Poste Local
Protection et sécurisation des données
Utilisation du logiciel dans un réseau local
Archivage automatique des données --> C:\AFFID.SAV\3
Réindexation mensuelle des données
Journalisation automatique des fichiers sur le disque dur
Valider
Annuler
Aide
Numérotation physique de l'ordinateur
Ouvrir le logiciel avec le nom du dossier encours
Numéro du poste dans le réseau local 3
Profils
Postes
Explorer
Utilisation du DBE par d'autres applications
Utilisation commune de Database Engine avec d'autres applications
Forcer la modification d'IDAPI.CFG du poste
Emplacement du répertoire du fichier de contrôle du réseau Paradox.net
Z:\NET_DIR
Saisir le chemin du réseau Z:\NET_DIR
Emplacement du Idapi.cfg : C:\AFFID-W1\PRIVE\AFFID_1.CFG
- LOCAL_SHARE : TRUE
- NET_DIR : Z:\NET_DIR
Après fermeture du logiciel, la valeur (Z:\NET_DIR) s'affiche
Autres lecteurs
H:\
Dossier de sauvegarde
AFFID.SAV
Dossier d'installation du logiciel
Z:\AFFID-W1

Quittez et fermez le logiciel sur le poste client et effectuez cette même installation sur les autres postes.

La saisie simultanée des feuilles de soins électroniques **sur deux ordinateurs différents dans le dossier d'un même praticien est interdite.**
Exemple : la secrétaire ne doit pas saisir de feuilles de soins avec sa carte de personnel d'établissement (CPE) dans le dossier du praticien DUPONT lorsque celui-ci utilise aussi le logiciel.

7.3 AFFID Vitale et AFFID Standard

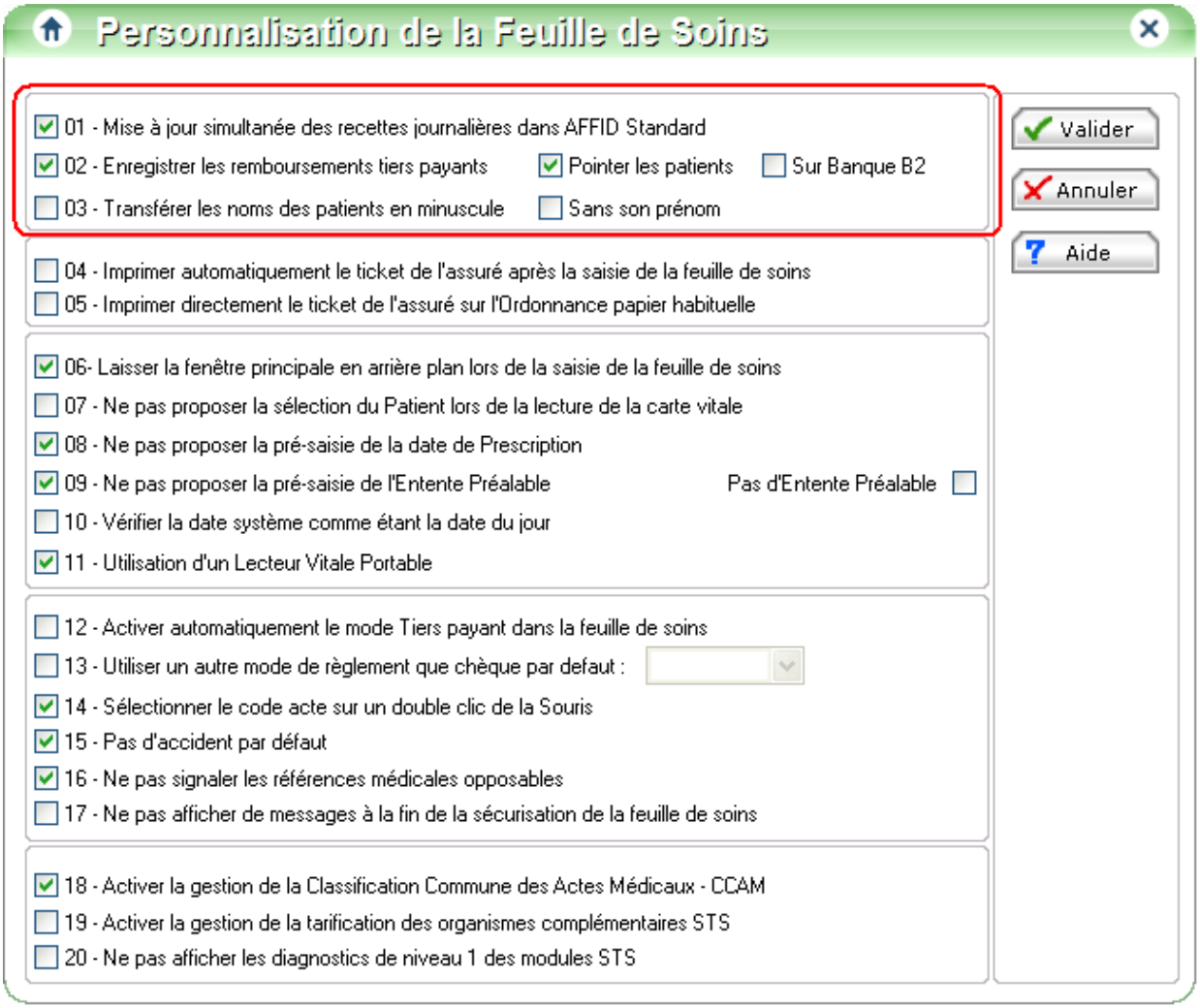
AFFID Vitale est un progiciel de Santé destiné à l'élaboration et à la télétransmission des feuilles de soins électroniques. Sa vocation n'est en aucun cas de faire la gestion de dossiers patients et d'autant moins la gestion de la comptabilité.

AFFID Standard est un logiciel professionnel de comptabilité et de fiscalité destiné aux Professionnels de Santé, son utilisation ne nécessite aucune connaissance particulière ni en informatique ni en comptabilité.

La gestion des feuilles de soins électroniques implique la facturation et le paiement de la prestation, de ce fait AFFID Standard est le relais idéal pour la gestion des recettes journalières issues des feuilles de soins électroniques et l'intégration automatique dans la comptabilité générale du praticien.

Pour établir ce lien, les deux produits doivent être installés sur le même ordinateur et sur le même disque dur.

A partir du menu **Paramètres / Personnalisation des feuilles de soins,** vous pouvez activer l'option : **Mise à jour simultanée des recettes journalières avec AFFID Standard**


Personnalisation de la Feuille de Soins
01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard
02 - Enregistrer les remboursements tiers payants
Pointer les patients
Sur Banque B2
03 - Transférer les noms des patients en minuscule
Sans son prénom
Valider
Annuler
Aide
04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle
06- Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins
07 - Ne pas proposer la sélection du Patient lors de la lecture de la carte vitale
08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente Préalable
Pas d'Entente Préalable
10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable
12 - Activer automatiquement le mode Tiers payant dans la feuille de soins
13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par defaut :
14 - Sélectionner le code acte sur un double clic de la Souris
15 - Pas d'accident par défaut
16 - Ne pas signaler les références médicales opposables
17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins
18 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM
19 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS
20 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS

Les ajouts, modifications et suppressions des prestations à partir des feuilles de soins électroniques sont pris en compte automatiquement et instantanément dans la comptabilité AFFID Standard.

Les tiers payants sont également enregistrés et pointés automatiquement par AFFID Vitale vers AFFID Standard, lors de la réception des Paiements et des remboursements des Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire si vous avez coché les options **"Enregistrer les remboursements tiers payants" et "Pointer les patients".**

Les règlements des prestations en Attentes ou Impayées, doivent être gérés directement dans la comptabilité AFFID Standard.

Vous pouvez installer AFFID Standard au cabinet et au domicile, afin de gérer au cabinet toutes vos recettes journalières avec AFFID Vitale, en fin de journée, faire une sauvegarde par période des recettes journalières dans AFFID Standard et les restaurer au domicile dans votre comptabilité générale.

- A -

Abrégé de nomenclature CCAM pour les généralistes 46
Accès aux feuilles de soins électroniques 70
Accès aux modules 19
Activer dans le logiciel AFFID Vitale la fonction TLA 111
AFFID Vitale et AFFID Standard 129
AFFID Vitale et plusieurs licences 125
Ajouter une feuille de soins 70
Association d'actes CCAM 41
Association de code NGAP 41

- C -

Configuration du lecteur de cartes 61
Configuration du réseau SESAM-Vitale 62
Configuration Internet 11
Configuration lecteur 10
Contrôle d'accès 9
Copie d'un code CCAM ou NGAP avec prise en compte de conditions de facturation différentes 43
Création d'un Emetteur de confiance 56
Création d'un médecin traitant 53
Création d'un prescripteur 52
Création d'un tiers payant 54
Création d'une séance 57
Création d'une prestation selon la nouvelle nomenclature (NGAP) 26
Création et personnalisation d'une prestation liée à vos habitudes de travail 26

- D -

Déchargement des Feuilles de soins effectuées en visite vers AFFID Vitale 111
Démarrage du logiciel 9
Dépassements autorisés et maîtrisés 99
Description de la feuille de soins 68
Dossier patient en version 1.31 6

- E -

Elaboration d'une feuille de soins 70
Epuration des transmissions 119

- F -

Feuilles de soins issues des séances 101
Fonctions du logiciel 18

- G -

Gestion des patients
  Imprimer la fiche du patient 108
  Modification des informations du patient 108
  Sélectionner un ou plusieurs patients 108
  Supprimer un patient 108
  Trouver un patient 108
  Visualiser les consultations du patient 108
Gestion du parcours de soins
  Dépassements autorisés et maîtrisés 99
  Majoration de coordination 98
Graphes
  Evolution des télétransmissions 117
  Répartiotion des télétransmissions 117

- I -

Identification du tiers payant 54
Identification praticien 20, 22
Impression des documents 106
Impression du livre-journal des feuilles de soins électoniques 106
Impression du ticket 106
Impression d'une feuille de soins 106
Imprimer la fiche du patient 108
Imprimer les séances 57
Initialisation du lecteur 10
Initialisation Praticien 9
Installation 6
Installation en réseau
  installation sur le poste client 125
  Installation sur le serveur 125
installation sur le poste client 127
installation sur le serveur 126
Intégration d'une acte à partir du référenciel CCAM dans les prestations 30

- L -

Lancement logiciel 9
Le lecteur Vitale portable 111
Les accidents du travail 80
Les ALD (Affection Longue Durée) 83
les AME (Aide Médicale d'Etat) 86
les CMU 84
Les codes associations 46
Les codes modificateurs en CCAM 46
Les complémentaires 90
Les ententes préalables 88
Les feuilles de soins électroniques 65
Les feuilles de soins en visite - Lecteur vitale portable 111
Les graphes 117
Les tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire) 90
Licence AFFID Vitale 125

- M -

Maintenance
  Reconstruction des feuilles de soins 123
Majoration de coordination 98
Maternité 83
Menu général 18
Mise en place logiciel 6
Modalité de facturation des actes CCAM 30
Modifacation d'un montant de prestation
  Majorations et dépassements 13
Modification d'un Emetteur de confiance 56
Modification d'un médecin traitant 53
Modification d'un prescripteur 52
Modification d'un tiers payant 54
Modification des informations du patient 108

Modification d'une prestation existante 26
Modifier une séance 57
Modules 18
Mot de passe 9
Mutuelles Gestion séparée 90
Mutuelles Gestion unique 90

- N -

N° de série 9
N° Série 125
Nouveau praticien 125

- O -

Options du menu 18
Organisation des séances 57
Ouverture logiciel 9

- P -

Paramétrage connection Internet 62
Paramétrage de la connexion Internet 11
Paramétrage des codes actes CCAM 30
Paramétrage des codes actes en série 41
Paramétrage des prescripteurs 52
Paramétrage des prestation 13
Paramétrage du lecteur 10
Paramétrages 20
Période d'activité 20, 23
Personnalisation des autres recettes 20
Personnalisation des Emetteurs de confiance 56
Personnalisation des feuilles de soins 20, 25
Personnalisation des médecins traitants 53
Personnalisation des prescripteurs 52
Personnalisation des prestations 13, 20, 26
Personnalisation des tiers payants 54
Planification des scéances 57
Pointage d'une séance 57
Points de sauvegardes AFFID 123
Principes du mode dégradé ou IRIS 104
Prise en main rapide
  Elaboration d'une feuille de soins 16
  Télétransmission des feuilles de soins 16

- R -

Recherche d'actes CCAM 30
Reconstruction des feuilles de soins 123
Remplacement du praticien 24
Restauration 121

- S -

Saisie de prestations d'actes CCAM dans la feuille de soins
  Utilisation courante 76
  Utilisation Exceptionnelle 76
  Utilisation ponctuelle 76
Sauvegarde 120
Sécurisation des données 123
Sélectionner un ou plusieurs patients 108
Suppression d'un Emetteur de confiance 56
Suppression d'un médecin traitant 53
Suppression d'un prescripteur 52
Suppression d'un tiers payant 54
Suppression d'une prestation personnalisée 45
Supprimer un patient 108
Supprimer une séance 57

- T -

Transmission - Impression des documents
  Bordereau de transmission des feuilles de soins 116
  Liste des feuilles de soins 116
  Liste des remboursements des tiers payants 116
Transmission des feuilles de soins 113
Trouver un patient 108
Types de traitement 19

- V -

Vérification des transmissions 115
Visualisation détaillée des caractéristiques et conditions de facturation d'un acte CCAM 30
Visualiser les séances 57
Visualiser les consultations du patient 108